TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur R. UTEAU



[1920]

T I T R E S

et

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

T I T R E S

et

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

du

Dr. R. UTEAU.

T I T R E S

MENTION des EPIDEMIES
(Bordeaux 1897)

EXTERNE des HOPITAUX de PARIS
(1899-1901)

DOCTEUR en MEDECINE
(Paris, 1903)

MEMBRE de l'ASSOCIATION FRANCAISE d'UROLOGIE
(Paris, 1906)

MEMBRE de la SOCIETE ANATOMO-CLINIQUE de TOULOUSE
(1906)

EX-CHEF de CLINIQUE CHIRURGICALE à la FACULTE
de MEDECINE de TOULOUSE
(Concours de 1906)

ADMISSIBLE à l'AGREGATION de CHIRURGIE
(Concours de 1910)

TITRES de GUERRE.

Passé service armé sur sa demande, septembre 1914.

Chirurgien des Prisonniers allemands jusqu'en juin 1915.

Chirurgien de l'Hôpital militaire du Camp de Châlons
(zône de l'avant) IVe Armée.

Médecin Chef du Centre Urologique de la 7e Région
de Janvier 1916 à Mars 1919.

ENSEIGNEMENT.

CONFERENCES d'EXTERNAT
(1906)

CONFERENCES d'INTERNAT
(1909-1910)

CONFERENCES CLINIQUES ELEMENTAIRES
(Clinicat, 1906-1909)

COURS LIBRE de VOIES URINAIRES à la FACULTE
de MEDECINE.
(1910)

COURS aux AIDES-MAJORS ETUDIANTS
en MEDECINE.
Centre d'Instruction de Besançon
(1918)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

Relevé Chronologique.

De l'ANURIE au COURS des NEOPLASMES PELVIENS (Th., Paris, 1903).

BLENNORRHAGIE avec COMPLICATIONS CHEZ les ENFANTS (Bulletin Médical, Paris, 1904).

QUELQUES RECHERCHES de CRYOSCOPIE. (Bulletin Médical 1904).

ANATOMIE du TRIGONE VESICAL.- Travail de la clinique des Voies Urinaires à l'Hôpital Necker (Annales des mal. des Organes Génito urinaires, février 1905).

De la PATHOGENIE de l'ANURIE (Gazette Médicale de Paris, 1905).

URETERES en Y (Société anat., Paris, 1905).

PRESENTATION d'un BOUILLEUR pour UROLOGISTE (Soc. médico-chirurgicale).

NEOPLASME RENAL (Toulouse Médical, 15 mars 1906).

BOITE à STERILISATION pour URETROTOMES (Toulouse médical, 1906).

KYSTE de l'EPIDIDYME et MALADIE de DARCUM. (Toulouse Médical, 1er mai 1906).

TUMEUR de la VESSIE. (Toulouse Médical, 15 novembre 1906).

PYONEPHROSE TUBERCULEUSE. (Toulouse Médical, 15 avril 1907).

L'HEURE en PATHOLOGIE URINAIRE. (Toulouse Médical 15 juillet 1907).

85 PLAIES par coups de couteau, 5 PERFORATIONS INTESTINALES. INTERVENTION. GUERISON. (En collaboration avec Clermont, interne du Service). (Toulouse Médical, 15 novembre 1907).

FRACTURE OUVERTE de JAMBE, amputation, tétanos. (En collaboration avec Castex, interne du Service). (Toulouse Médical, 1er janvier 1908).

TRAITEMENT de l'ANURIE. (Revue de Chirurgie, mars avril 1908).

CYSTALGIE par REIN MOBILE. NEPHROPEXIE. Guérison. (Revue des mal. des org. gén. ur., 1er mai 1908).

CONTUSION de l'ABDOMEN. PERFORATION de l'INTESTIN GRELE. (Toulouse Médical, 15 décembre 1908).

PRESENTATION des FRAGMENTS d'un VOLUMINEUX CALCUL VESICAL OPERE par LITHOTRITIE. (Toulouse Médical, 1er mars 1909).

TRAITEMENT de la BLENNORRAGIE par les GRANDS LAVAGES au COLLARGOL. (Toulouse Médical, 15 mars 1909).

NEPHRITE HEMATURIQUE. Néphrotomie. Guérison. (Toulouse Médical, 15 mai 1909).

CANCER du REIN. Néphrectomie. (Toulouse Médical, 15 juin 1909).

Les BLESSURES de la VEINE CAVE au COURS des OPERATIONS sur le REIN et leur TRAITEMENT CHIRURGICAL. (En collaboration avec Cathelin). (Rev. prat. des mal. des org. gén. ur., 1er mars 1910).

PRESENTATION d'un GRAISSEUR pour CATHETERS. (Toulouse Médical, 1910).

RETRECISSEMENT TRAUMATIQUE de l'URETRE. CATHETERISME IMPOSSIBLE, RECHERCHES du BOUT POSTERIEUR de l'URETRE au BEC de la PROSTATE. (Rev. prat. des mal. des org. gén. ur., 1910).

Un CAS de KRAUROSIS VULVAE avec LEUCOPLASIE VULVAIRE, épithélioma clitoridien. (Toulouse Médical, 1er juillet 1909).

NEPHRECTOMIE pour TUBERCULOSE RENALE. (Toulouse Médical 1910).

TRAITEMENT de la BLENNORRAGIE par les INJECTIONS INTRA URETHRALES de SERUM ANTIMENINGOCOCCIQUE. (Toulouse Médical 1910).

DEUX CAS de LAVAGE du BASSINET. (Association française d'Urologie. Paris, 1911).

LITHOTRITIE pour CALCULS OXALIQUES. (Association française d'Urologie, Paris 1911).

Sur le TRAITEMENT des COMPLICATIONS GENERALES et LOCALES de la BLENNORRHAGIE par des INJECTIONS de SERUM ANTIMENINGOCOCCIQUE. (Association française d'Urologie. Paris, 1911).

CYSTITE RENALE. NEPHRECTOMIE. (Toulouse Médical 1er avril 1912).

NEPHRECTOMIE pour TUBERCULOSE RENALE. (Toulouse Médical, 1er avril 1912).

DELIRE MELANCOLIQUE d'un RETRECI URETHRAL. (En collaboration avec le Docteur Voivenel, chef de Clinique et Piquemal, externe les Hôpitaux. (Toulouse Médical, 15 juillet 1912).

Sous une FORME OEDEMATEUSE de PERIURETERITE CHRONIQUE TUBERCULEUSE. (En collaboration avec le Docteur Bassal. (Journal d'Urologie, 15 septembre 1912).

RECHERCHES sur l'ABSORBTION des GAZ au NIVEAU de l'ESTOMAC. (En collaboration avec le Docteur Bassal. Société de Biologie, décembre 1912).

RECHERCHES de l'ABSORBTION des GAZ par la VESSIE. (En collaboration avec le Docteur Bassal. So-

ciété de Biologie 1913).

Le CATHETERISME. INSTRUMENTS DIVERS. Leur STERILISATION. Ce que doit savoir le praticien. (En collaboration avec Saint-Martin, interne des Hôpitaux. Toulouse Médical 15 mars 1913).

TRAITEMENT de la BLENNORRHAGIE AIGUE. (En collaboration avec Saint-Martin, interne des hôpitaux. Toulouse Médical, 1er mai 1913).

Sur UN CAS d'ANOMALIE de SITUATION des ORIFICES URETERAUX. (En collaboration avec Saint-Martin, interne des Hôpitaux. Toulouse Médical, 1er mai 1913).

Les SOLUTIONS ISOTONIQUES dans le TRAITEMENT de la BLENNORRHAGIE. (En collaboration avec St Martin, interne des Hôpitaux. Toulouse Médical, 15 mai 1913).

La PYURIE et les PYURIQUES. (En collaboration avec Saint-Martin, interne des Hôpitaux. Sud Médical, 1913).

TRAITEMENT de l'URETHRITE CHRONIQUE. (En collaboration avec Saint-Martin, interne des Hôpitaux. Sud Médical, 1913).

POLYPE de l'URETHRE. (En collaboration avec Saint-Martin, interne des Hôpitaux. Journal d'Urologie, 1913).

FISTULE CONGENIALE de l'URETHRE. (En collaboration avec le Docteur Bassal. Journal d'Urologie, 1913).

APPAREIL pour CYSTOSTOMISES. (En collaboration avec le Docteur Badin. Journal d'Urologie, 1913).

A PROPOS de DEUX "FAUSSES URINAIRES" (En collaboration avec le Docteur Sauvage, chef de clinique psychiatrique. Progrès Médical, 10 mai 1913).

RETRECISSEMENTS CONGENITAUX MULTIPLES de l'URETRE, avec COMPLICATIONS, INTERVENTION, GUERISON. (Journal d'Urologie, février 1914).

PETITE CHIRURGIE URINAIRE. (Ballières éditeur, collection des actualités médicales? Paris 1916).

Le RACCOURCISSEMENT du FEMUR SAIN dans CERTAINS CAS de FRACTURE de CUISSE avec GROS RACCOURCISSEMENT. (En collaboration avec Ducuing, Lyon Chirurgical, septembre et octobre 1916).

APPAREILS pour DEPISTER la SIMULATION dans l'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE. (Paris Médical, 9 septembre 1916).

DYNAMOMETRE SPHERICTERIEN. (En collaboration avec le Docteur Rey, Paris Médical, 15 septembre 1917).

CONTRIBUTION à l'ETUDE de l'INCONTINENCE ESSENTIELLE NOCTURNE d'URINE. (Paris Médical, octobre 1917).

CONTRIBUTION à l'ETUDE des PYELONEPHRITES par BLESSURES de GUERRE. (Progrès Médical, 1er décembre 1917).

CORPS ETRANGERS des VOIES URINAIRES. (En collaboration avec le Docteur Schwab, Journal d'Urologie, 1918).

Un PROCEDE d'ECLAIRAGE dans l'EXPLORATION CHIRURGICALE de la VESSIE. (J. d'Urologie, en collaboration avec le Docteur Schwab).

UROLOGIE et PSYCHOTHERAPIE. (En collaboration avec le Dr Sauvage. Progrès Médical, février 1918).

INTERVENTIONS DIVERSES dans les LITHIASES URINAIRES (Progrès Médical, juin 1918).

De la NECESSITE de la NEPHRECTOMIE PRECOCE dans la TUBERCULOSE RENALE. (En collaboration avec le Dr Riollenc. Progrès Médical, 7 septembre 1918).

PALUDISME et INFECTION URINAIRE. (En collaboration avec le Dr Piollenc. Progrès Médical, 7 décembre 1918).

TECHNIQUE de l'EPIDIDYMECTOMIE. (Paris Médical, 21 décembre 1918).

Les RETENTIONS ATONIQUES. (Paris Médical 1919).

QUELQUES RECHERCHES SUR La PHYSIO-PATHOLOGIE du SPHINCTER URINAIRE. (Paris Médical 24 mai 1919).

A PROPOS des PYELONEPHRITES. (Association Française d'Urologie, octobre 1919).

Le DOMAINE de l'URETROTOMIE INTERNE. (Journal des Praticiens, 7 juin 1919).

SEMEIOLOGIE des HEMATURIES. (Journal des Praticiens 1919).

Quand FAUT-IL FIXER un REIN MOBILE? (Progrès Médical, 1919).

EXAMEN d'un MALADE URINAIRE. (Journal des Praticiens, 17 septembre 1919).

LENKOKEIATOSE du GLAND, LENCOPLASIE et MALACOPLASIE VESICALE. (Sté française d'Urologie, 4 novembre 1919. En collaboration avec le Dr Meynet).

DIVERTICULE PEINO-SCROTAL de l'URETRE. (En collaboration avec le Dr Gaillods , novembre 1919).

ESQUILLES OSSEUSES RETIREES par URETROSCOPIE. (En collaboration avec le Dr Gaudelon. Sté française d'Urologie, 1919).

Un CAS d'ANURIE CALCULEUSE GUERI par CATHETERISME INCOMPLET de l'URETRE. (En collaboration avec le Dr Ducuing. Sté française d'Urologie, 1919).

La CAPACITE VESICALE. (Journal des Praticiens,1920).

Les GRANDS PRINCIPES UROLOGIQUES. (Journal des Praticiens, 1920).

DILATION AIGUE POST-OPERATOIRE de l'ESTOMAC après une NEPHRECTOMIE. (Sté française d'Urologie, 1920).

APPAREILS à AIR CHAUD pour le TRAITEMENT des ORCHITES BLENNORRHAGIQUES. (Sté française d'Urologie, 1920).

Les INCIDENTS et les ACCIDENTS du CATHETERISME. (J. des Praticiens, 1920).

IL n'Y A plus de CYSTITE! (J. des Praticiens 1920).

CYSTITE INCRUSTEE. (Sté Française d'Urologie,1920).

MIGRATION SPONTANEE d'un CALCUL du REIN dans l'ATMOSPHERE PERIRENALE. (Sté française d'Urologie, 1920).

Communications diverses aux Réunions des Chefs de Centre d'Urologie au Val de Grace.

Communications diverses à la Réunion des Médecins de la 7ème Région. (Bulletins.

PATHOLOGIE GENERALE.

L'ANURIE au COURS des NEOPLASMES PELVIENS
(Thèse de doctorat, 1er avril 1903).

Dans ce travail, nous avons surtout pour but de rechercher les causes peu connues de ces anuries dans les tumeurs pelviennes et d'en déduire logiquement le traitement rationnel.

Nous notons d'abord qu'elles se présentent par ordre de fréquence décroissante au cours des néoplasmes de l'utérus, de la vessie, du rectum, de la prostate, et nous apportons une observation unique, croyons-nous, d'anurie causée par une tumeur probablement de l'aponévrose de Denonvilliers et ayant nécessité la néphrostomie bilatérale à quelques mois d'intervalle. Mais, à lui seul, le néoplasme utérin comprend le plus grand nombre des cas: la fréquence des lésions urétéro rénales dans le cancer de l'utérus est presque insoupçonnée.

L'étude anatomo-pathologique nous révèle, d'une part, des lésions de parenchyme rénal (de la néphrite atrophique), et de l'autre une oblitération plus ou moins complète des uretères. Que l'atrophie des épithéliums soit secondaire comme le veut Lancereaux, ou qu'

elle soit primitive comme le prétendent Cornil et Brault, nous notons que les lésions observées sont analogues à celles obtenues dans la ligature expérimentale de l'uretère, et nous constatons déjà que les altérations histologiques expliquent la possibilité d'une anurie rénale, l'atrophie épithéliale supprimant la fonction. - D'ailleurs, du côté de l'uretère, nous ne constatons jamais une oblitération complète et bilatérale. De plus, la propagation directe de la tumeur à l'uretère est exceptionnellement rare. La compression se fait donc de dehors en dedans, et nous distinguons le cas où elle est due au néoplasme lui-même et ceux où elle relève de l'adénopathie concomittante. Nous sommes amené à rappeler la topographie des ganglions lymphatiques de la région. Nous voyons que l'uretère, dans le bassin même, est à une certaine distance des groupes glanglionnaires, mais qu'au détroit supérieur il est entouré par eux et qu'aux lombes il en est flanqué jusqu'à son origine. Ces groupes ganglionnaires reçoivent presque tous les lymphatiques des viscères pelviens. Or, la propagation des néoplasmes pelviens est constante, même précoce, et les uretères, dans la très grande majorité des cas, sont donc comprimés par la dégénérescence des masses ganglionnaires échelonnées sur leur parcours.

En somme, nous pouvons constater des lésions anatomo-pathologiques réparties sur le rein et sur l'uretère: Sur l'uretère nous trouvons de la compression pelvienne, exercée soit directement par la tumeur, quel que soit son siège, avec oblitération totale (c'est l'exception) ou incomplète (c'est la règle); soit indirectement, grâce à l'envahissement des ganglions ou pelviens ou lombaires. - Du côté du rein nous trouvons des lésions de néphrite toxique ou infectieuse.

Examinant selon ces données nos 40 observations d'anurie, nous pouvons conclure: 1° Que nous n'avons pas relevé un seul cas où il y ait eu exclusivement des lésions rénales, ces lésions coïncidant toujours, quand elles existent, avec une compression plus ou moins complète des uretères;

2°que cette compression n'a amené l'oblitération vraie que dans 4 observations, et que dans aucune circonstance les deux uretères n'étaient à la fois complètement oblitérés;

3° que les reins, malgré leurs lésions parfois assez avancées, il est vrai, n'en restaient pas moins suffisants pour secréter encore de l'urine en plus ou moins grande abondance.

Dans certains cas, d'ailleurs, où nous avons vu un rein absolument détruit, ou peu s'en faut, le congénaire

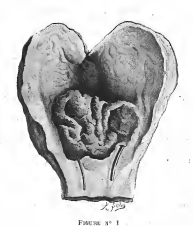


Figure n° 1

Néoplasme vésical, les 2 uretères sont perméables comme le montrent les sondes malgré l'anurie.

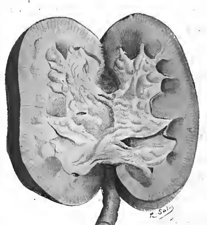


Figure n° 2

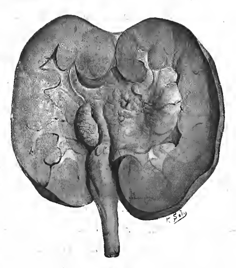


FIGURE Nº 3

L s reins des figures nos 2 et 3 ont un aspect quasi normal, bien que le malade soit mort d'anurie.

était d'une façon constante moins lésé. Deux fois seulement, l'anurie put s'expliquer par les lésions rénales. nous ne saurions nous empêcher de faire remarquer combien notre étude diffère de tout ce que l'on trouvait jusqu'alors dans les livres classiques: Rappelons seulement que dans le Manuel de Médecine de DEBOVE et ACHARD, Courtois-Suffit assimile la compression des uretères à leur ligature pratiquée par Guyon et Albaran chez les animaux. Dieulafoy dit aussi que, les uretères étant fermés, il se fait de l'hydronéphrose double, et dans le Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet ce mécanisme est encore admis. Or, nous avons montré, par l'étude anatomo-pathologique de nos observations, que l'hydronéprhose double était l'infime exception et que même souvent elle n'existait d'aucun côté. Nous avons pu montrer des reins dont l'aspect (que nous avons fait représenter dans notre thèse) était normal, bien qu'ils provinssent de l'autopsie d'un malade porteur d'une volumineuse masse cancéreuse d'origine vésicale, comprimant fortement les deux uretères.

Donc, l'étude des faits nous amène à repousser l'explication de l'anurie par le mécanisme de la compression exclusive. Si nous passons à la discussion des altérations anatomiques des reins, nous voyons que ce n'est

que dans une infime exception qu'elles nous expliquent la possibilité de l'anurie. Dono, jusqu'ioi, la pathogénie de l'anurie reste inexpliquée. Jusqu'à notre thèse, les auteurs s'étaient contentés d'invoquer l'oblitération absolue par la compression exercée par les néoplasmes ou encore d'émettre des hypothèses sans auoun fondement: comme la pénétration du bouchon oancéreux qui entre et sort de l'uretère, le bouchant ot l'ouvrant tour à tour (thèse de Laboisne), ou les tiraillements de la vessie par la masse squirrheuse (Debove et Dreyfous).

A notre tour, nous proposons l'explication suivante:

Puisque les lésions rénales et les lésions uretérales peuvent nous donner de l'urémie, de l'oligurie même, mais presque jamais de l'anurie, il y a dono quelque chose en plus. Et alors nous avons comparé l'anurie survenue au cours des néoplasmes pelviens à celle des lithiasiques et nous avons invoqué pour elle le même mécanisme, mécanisme d'origine réflexe qui a son point de départ dans l'uretère et dans le rein.

Nous pouvons, pour étayer notre hypothèse, trouver des arguments analogues à ceux dont se sert Albarran pour combattre les théories mécaniques de Legueu dans l'anurie lithiasique, notamment l'absence fréquente d'hydronéphro-

se même dans des cas à compression énergique; et n'est-il pas manifeste que si l'arrêt de l'écoulement de l'urine était dû à un barrage, il y aurait accumulation d'urine derrière l'obstacle? ? ? Mais nous ajoutons des raisons personnelles basées sur l'allure clinique de l'affection. Nous décrivons, en effet, dans un autre chapitre, une forme spéciale d'anurie que nous avons proposé d'appeler l'ANURIE INTERMITTENTE. Elle est caractérisée par des phases où la sécrétion se rétablit parfois de façon exagérée, et ces alternatives peuvent se montrer un grand nombre de fois chez le même sujet.

Nous montrons alors comment il paraît diffcile de l'expliquer par le bouchon intermittent de Laboisne ou par les tiraillements exercés sur les orifices uretéraux par le squirrhe, comme le veulent Debove et Dreyfous.

Nous invoquons d'autres arguments. Par exemple: fréquemment après la néphrostomie on trouve de l'urine dans la vessie, parfois même jusqu'à un litre. Alors de deux choses l'une: ou on avait incisé le rein perdu anatomiquement, et puisqu'il était détruit, comment aurait-on pu lui rendre ses fonctions; ou c'était celui sur l'uretère duquel siégeait l'obstacle, et l'opération n'aurait pu le lever.

Nous nous croyons autorisé ainsi à conclure que

ce quelque chose qui s'ajoute aux actions mécaniques insuffisantes pour expliquer l'anurie est un phénomène nerveux; ses allures, son mode d'évolution, ses intermittences, son début souvent subit en ont tous les caractères. S'il est admis par beaucoup pour la lithiase pourquoi ne pas l'invoquer pour le cancer? Qu'est-ce qui le provoque? Nous ne pouvons émettre que de pures hypothèses. Est-il dû à l'irritation, qui inciterait les uretères à se contracter? Est-ce la résorption au niveau du rein d'urines ralenties sinon arrêtées dans leur écoulement, et chargées de toxines cancéreuses, peut-être de substances excrémentitielles? Nous sommes également condamnés aux pures hypothèses en ce qui concerne le mode d'action du réflexe: spasme des vesseaux? ou congestion? Tout cele est théorique d'ailleurs; nous conclusns seulement qu'il y a reflexe, qu'il est favorisé par des causes multiples, et nous rappelons l'hypothèse de Pousson qui assimile l'action d'un rein malade sur son congénère à celui de l'ophtalmie sympathique.

Dans le chapitre des symptômes nous insistons d'abord sur l'allure tranquille de l'anurie, sur son évolution par degrés insensibles, sans délire souvent, presque jamais avec convulsions, peut-être même parfois pouvant achever un cancéreux sans que l'entourage s'en aper-

çoive. Nous insistons sur l'état de torpeur, d'inappétence générale à la vie, d'indifférence avec cependant conservation de l'intelligence. Puis, toujours nos observations à l'appui, nous discutons les différents symptômes, nous étudions les troubles circulatoires, les troubles dans les fonctions d'élimination, les troublos nerveux. Après cette étude nous comparons l'anurie qui fait l'objet de notre travail à celle des néphrites médicales, et nous en faisons ressortir les différences qui sont considérables.

Alors nous étudions les formes cliniques de l'anurie. Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que cette étude n'existe pas non plus dans les traités classiques: nous n'en trouvons trace ni dans le manuel de Dieulafoy, ni dans les traités de chirurgie, ni dans les divers traités de médecine. Et de l'étude de nos observations nous sommes conduits à décrire trois formes différentes d'anurie.

1er TYPE. - Anurie terminant une urémie plus ou moins longue.

2e TYPE. - Anurie d'emblée, dont un exemple saisissant est fourni par la belle observation d'Aram (femme tombant sur le trottoir et succombant en quelques

instants).

Nous comprenons dans ce groupe une sous-classe que nous appelons la forme anurique des néoplasmes pelviens, dans laquelle on a pu voir, comme dans l'observation de Legueu, une malade soignée pour anémie dans un grand hôpital de Paris, qui fait de l'anurie, et c'est presque par hasard que Legueu appelé pour cette anurie fait un toucher qui lui révèle la pathogénie des accidents. Donc ici l'anurie est le premier symptôme révélateur du cancer et doit y faire songer.

3[e] TYPE.- ANURIE REMITTENTE. - Elle s'installe puis disparaît et parfois après plusieurs alternatives successives d'apparition et de disparition mène le malade à la mort. Cette terminaison n'est pas absolument fatale, la rémission pouvant être définitive, ce qui nous donne une sous-classe qui comprend les faits avec guérison.

Nous terminons notre étude clinique en nous demandant les raisons qui rendent si différents l'anurie due aux néoplasmes pelviens et celle des néphrites médicales. Nous en cherchons la physio-pathologie, et, nous appuyant sur les travaux de L. Bernard, nous nous croyons autorisés à conclure que dans les néphrites médicales il y a insuffisance rénale totale associée à l'insuffisance d'autres organes et urémie, tandis que dans l'anurie que

nous étudions nous ne devons avoir à faire qu'au syndrome d'imperméabilité rénale. D'après nos constatations il semblerait ressortir qu'il n'y a pas d'agitation, d'excitation ou de convulsions, là où on ne signale pas les symptômes qui sont, d'après l'hypothèse de L.BERNARD, liés au syndrome de la fonction interne, à savoir l'oedème et l'albuminurie. Chaque fois d'ailleurs que nous notons des symptômes supposés liés aux troubles de la fonction interne, nous retrouvons, quand l'autopsie a été faite, des lésions dégénératives des reins. Rien d'étonnant alors, si les reins sont altérés dans leur structure, de voir se dérouler les phénomènes ordinaires des néphrites médicales. Et nous concluons: l'anurie est donc de caractère tranquille; si parfois on la voit revêtir des allures un peu différentes, c'est qu'il s'agit alors d'une symptomatologie d'emprunt trouvant son explication dans les lésions dégénératives des reins. Peut-être pourra-t-on un jour la placer dans un syndrome lié aux troubles de la fonction interne?

Dans un dernier chapitre nous étudions le traitement. Après avoir éliminé le traitement médical, impuissant évidemment dans ces cas-là, nous commençons par légitimer l'intervention chirurgicale, bien qu'il s'agisse de malheureux voués à une mort certaine.

Il est admis couramment aujourd'hui d'intervenir

chez des cancéreux pour parer à des accidents immédiats, et nous ne voyons pas pourquoi on n'essayerait pas de rétablir le cours de l'urine aussi bien que celui des matières fécales ou de l'air respiratoire. Quant à l'objection que l'on pourrait nous faire, de la possibilité d'une anurie intermittente, nous répondrons qu'une seule fois, dans nos observations, le traitement aurait pu être inutile: ce n'est donc pas cette exception qui nous autorise à ne pas intervenir. Nous citons encore d'autres raisons d'agir pour prolonger nos malades: nécessités sociales, grossesse. Dernière objection: si les reins sont détruits, à quoi peut servir une intervention? Mais nous avons montré combien il est rare de trouver une destruction bilatérale des reins - le cas échéant on n'aurait pas d'ailleurs été nuisible, on n'aurait pu qu'être inutile. Quelle opération faire? Nous basant toujours sur des faits, nous repoussons l'urétérostomie comme plus délicate d'exécution, et mauvaise dans ses résultats. Nous concluons à la néphrostomie en repoussant également les implantations diverses de l'uretère qui sont compliquées, graves, et donnent des infirmités pénibles. Nous ajoutons à la technique de la néphrostomie quelques détails recommandés par Chavannaz, et nous discutons le moment de choix de l'intervention. Si dans la lithiase

on peut espérer voir l'obstacle se supprimer de lui-même, ici la cause demeure; dès lors pourquoi attendre? Malgré le peu de réaction qu'elle provoque, l'anurie amoindrit sûrement chaque jour la résistance de notre malade. Donc opération précoce, parfois même quand le malade est en imminence d'anurie.

DE LA PATHOGENIE DE L'ANURIE.

(Revue Générale, Gazette Médicale de Paris février 1905).

Dans cet article nous divisons l'anurie en trois groupes:

1° Groupe de l'anurie de cause exclusivement mécanique ou anatomique, que nous montrons être le moins important;

2° Dans le second groupe nous classons les cas où les causes anatomiques ou mécaniques sont insuffisantes à expliquer l'anurie et où il est nécessaire d'invoquer en outre une pathogénie réflexe;

3° Dans le troisième nous plaçons les cas où la pathogénie réflexe est la seule qu'on puisse invoquer et nous montrons que le point de départ de ce réflexe peut siéger dans l'urèthre, dans la vessie, l'uretère ou le rein: nous invoquons le cas d'Hartmann pour montrer que

le réflexe peut même se produire dans des reins sains, et nous concluons:

Qu'une place importante doit être accordée au réflexe dans la pathogénie de l'anurie;

Que l'anurie de cause exclusivement réflexe est celle qui comporte le moins de gravité de son pronostic, bien qu'exceptionnellement elle ait pu entraîner la mort.

TRAITEMENT de l'ANURIE.

(Revue de Chirurgie, 10 mars 1908)

Après avoir rapidement montré l'évolution récente de l'anurie qui, du domaine exclusivement médical hier encore, devient aujourd'hui une affection chirurgicale, nous reprenons la division de notre précédent travail en y ajoutant quelques sous-groupes.

Nous divisons donc notre étude en:

I .- ANURIE de CAUSE EXCLUSIVEMENT MECANIQUE ou ANATOMIQUE avec comme sous-groupes:

1° Anurie dans le cas de rein unique anatomique;

2° Anurie dans le cas de rein unique par conséquences pathologiques;

3° Anurie par occlusion bilatérale des voies d'excrétion;

4° Anurie par destruction complète des deux parenchymes rénaux.

II. - ANURIE INSUFFISAMMENT EXPLIQUE par les CAUSES ANATOMIQUES et où l'on DOIT INVOQUER en outre une PATHOGENIE REFLEXE.

III. - ANURIE où la PATHOGENIE REFLEXE EST la SEULE qu'on PUISSE INVOQUER.

Nous abordons le traitement des différents cas.

D'abord pour le premier groupe.

I - TRAITEMENT de l'ANURIE de CAUSE EXCLUSIVEMENT MECANIQUE ou ANATOMIQUE.

Nous montrons d'abord la difficulté qu'il y a à faire le diagnostic du sous-groupe de cette classe d'anurie. Ce n'est pourtant pas toujours impossible: la cystoscopie peut montrer parfois le rein unique, car il y a en même temps absence d'uretère en général, comme l'a montré Delaboudinière. L'existence de coliques néphrétiques anciennes d'un côté, puis, après une longue période silencieuse, leur localisation de l'autre côté, feront songer au rein pathologiquement détruit. La bilatéralité des douleurs ou de la tuméfaction rénale fera songer à l'obstrution bilatérale, etc. Quant à distinguer les cas

qui relèvent de la théorie mécanique soutenue par Legueu de ceux de la théorie réflexe défendue par Albarran,c'est fort difficile. Nous admettons la possibilité des cas relevant des deux théories, mais nous ne rangeons dans la théorie mécanique d'origine calculeuse que les cas dans lesquels le rein non obstrué est complètement détruit,et nous en éliminons aussi ceux où il n'y a pas d'hydronéphrose. Nous n'admettons pas la possibilité d'un barrage sans rétention en amont.

Nous en éliminons encore ceux où le calcul n'est pas plus gros qu'un grain de riz: ce ne peut être que par un spasme de l'uretère qu'il peut faire barrage - or, qui dit spasme dit réflexe. - Les cas où les deux parenchymes rénaux sont détruits rentrent évidemment dans la théorie mécanique, et Bauby les a étudiés comme complication des tumeurs de l'utérus, en attribuant une partie de l'inspiration de son étude à la lecture de notre thèse. Ces cas, d'ailleurs, ne relèvent plus de la thérapeutique. Donc, le diagnostic de ces formes est souvent impossible, mais nous avons la consolation de nous dire que le plus souvent, en pareil cas, le traitement est le même.

Passons donc au traitement.

Le traitement médical nous paraît impuissant et dangereux, même quand l'anurie disparaît. Il avait été

très bien étudié par Donnadieu, au moins pour l'anurie calculeuse - et nous en faisons un très rapide résumé. Nous y ajoutons quelques indications, nous montrons les dangers de la compression de Reliquet et de la pilocarpine, et nous conseillons surtout de lutter contre l'auto-intoxication. Nous abordons donc le traitement chirurgical.

QUELLE OPERATION FAIRE ? - Nous rappelons l'opinion des divers auteurs. Demons, Pousson, partisans de la néphrotomie, Legueu qui refoule le calcul, le broie ou l'extirpe, fait le cathétérisme rétrograde et la suture immédiate, Guyon et Albarran qui disent que la néphrostomie est (si on la compare à la néphrotomie et à la pyélotomie) l'opération de choix dans la grande majorité des cas, et celle de nécessité dans les cas très graves. Nous rappelons les procédés d'intervention sur l'uretère, la laparatomie de Cullingworth, la colpo-uretéro-cystotomie d'Emmet et Bozemann, la laparatomie de Martin et Thornton, etc... et nous conclusns:

1° Il y a des opérations à ne pas faire.

a) L'URETEROSTOMIE défendue par Le Dentu, parce qu'elle est plus délicate et parce qu'elle pourrait porter au-dessous de l'obstacle;

b) L'URETERO-NEOSTOMIE, à cause de l'infirmité qu'elle cause et des dangers de l'infection ascendante.

c) La LAPARATOMIE de Cullingworth.

Les progrès de la cystoscopie permettent d'éliminer toutes les opérations proposées à travers l'urèthre de la femme.

2° Des opérations que l'on peut faire dans quelques cas.

La PYELOTOMIE: possible dans quelques cas particuliers (calculs non ramifiés et bien localisés par la radiographie). Nous ne croyons pas qu'il soit mauvais, dans ce cas, d'inciser le tissu rénal, mais quant au reproche de la fistule, plus à redouter que dans l'incision du rein, nous croyons que la question de la fistule réside dans celle de la perméabilité de l'uretère.

3° Il y a des opérations de choix.

La NEPHROSTOMIE: simple, physiologique, et qui permet toujours le rétablissement du cours de l'urine, même quand elle ne lève pas l'obstacle, mieux que l'anus contre nature auquel on l'a comparée, puisqu'elle peut parfois être curatrice.

Nous repoussons l'ouverture du rein au thermocautè-

re, trop néfaste au parenchyme, la suture immédiate du rein; dans les bons cas, nous sommes d'avis de profiter de l'opération pour enlever les calculs et faire le cathétérisme rétrograde, tandis que si le malade paraît un peu intoxiqué, qu'en somme toutes les conditions soient moins bonnes, il faut faire la néphrostomie sans chercher à aller aux calculs.

Mais pour nous, avant d'opérer, à supposer les conditions favorables, nous essayrerions le cathétérisme de l'uretère.

Dans l'anurie par compression due à des tumeurs extirpables, le mieux serait évidemment de lever l'obstacle, mais si le malade est trop affaibli pour supporter l'opération radicale, il faut commencer par la néphrostomie qui est palliative et plus tard faire l'intervention radicale.

La néphrostomie ne serait à rejeter que dans deux cas: l'anurie par coudure simultanée des deux uretères qui relève d'autres interventions, et l'anurie par rein polykistique contre laquelle nous sommes désarmés. Nous signalons encore quelques faits rares, et nous parlons du traitement prophylactique de l'anurie, de l'importance de l'exploration des fonctions rénales, et du traitement à observer après guérison opératoire.

QUAND FAUT-IL FAIRE l'INTERVENTION ? Nous exposons les discussions des auteurs sur le jour à choisir, et pour nous, nous sommes d'avis de n'attendre que le temps nécessaire à établir le diagnostic, après essai, si l'on veut, du cathétérisme uretéral. Attendre l'apparition des phénomènes d'intoxication c'est attendre à notre avis que des altérations du rein soient déjà constituées.

De QUEL COTE FAUT-IL la FAIRE ? Suivant les préceptes de Legueu: du côté qui a souffert le dernier, du côté où l'on trouve de la contracture, quand on ne trouve pas le rein en rétention pour nous fixer plus clairement.

II. - Les CAUSES ANATOMIQUES ou PATHOLOGIQUES SONT INSUFFISANTES pour EXPLIQUER l'ANURIE et l'on doit INVOQUER en outre une PATHOGENIE REFLEXE.

Nous commençons par démontrer que la théorie réflexe appliquée à l'anurie calculeuse n'incite pas à temporiser comme on l'a prétendu, puis nous légitimons le principe de l'intervention au cours des néoplasmes pelviens.

Après avoir éliminé l'urétérostomie et les diverses implantations de l'uretère, nous concluons à la néphrostomie comme opération de choix. Nous précisons quelques détails de technique. Nous montrons ensuite qu'il faut opérer de façon précoce, dès le début de l'anurie; et cette

opinion, un peu hardie peut-être, défendue déjà dans notre thèse, a été non seulement acceptée ainsi qu'en témoigne l'opinion de Pinard (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie; séance du 11 décembre 1905), mais aussi mise en pratique et même dépassée puisque Legueu a opéré de façon préventive.

Nous terminons en parlant du côté à choisir : celui qui est en rétention ou le dernier qui a souffert et du côté duquel on trouve de la contracture, et, s'il n'y a aucun signe, le plus facile à aborder : le rein droit, l'intervention suffisant à lever le réflexe.

III. - ANURIE où la PATHOGENIE REFLEXE EST la SEULE qu'on PUISSE INVOQUER.

En général les reins de ces malades sont altérés : cependant dans le cas d'Hartmann ils étaient sains. Aussi devrons-nous être très prudents dans nos diverses explorations quand les reins nous paraîtront un peu déficients, surtout dans les cas de reins polyuriques : ceux-là sont souvent en imminence d'anurie.

Nous divisons nos cas en groupes différents d'après le point de départ du réflexe:

1° Réflexe à point de départ uréthral;

2° Réflexe à point de départ vésical;

3° Réflexe à point de départ uretéral;

4° Réflexe à point de départ rénal;

5° Le réflexe n'a pas son point de départ dans l'appareil urinaire.

Nous envisageons alors quelques-unes de ces éventualités au point de vue du traitement, qui ne peut être un traitement d'ensemble, identique pour tous ces cas.

REINS

NEOPLASME RENAL

(Soc. Anat. Clinique de Toulouse,
15 mars 1906).

C'est l'histoire d'un de nos malades, porteur d'une tumeur du rein inextirpable et qui présentait en même temps de l'incontinence d'urine et une émission abondante de cholestérine.

PYONEPHROSE TUBERCULEUSE DOULOUREUSE NEPHRECTOMIE

(Toulouse Médical, 15 avril 1907).

Les douleurs qu'éprouvait cette malade auraient pu faire songer à des coliques néphrétiques qu'elles simulaient souvent à s'y méprendre.

CYSTALGIE PAR REIN MOBILE NEPHROPEXIE GUERISON

(Rev. des org. gén. ur., 1er mai 1909)

C'est l'histoire d'une jeune fille qui avait, depuis deux ou trois ans, des mictions dont la fréquence pouvait atteindre jusqu'à vingt à vingt-deux fois la nuit pendant

des périodes de crises, et toutes les dix minutes le jour. Ces crises revenaient tous les quatre à cinq jours, puis, quand elles étaient terminées, la malade pouvait rester jusqu'à deux heures sans uriner, mais alors elle souffrait à la fin de la miction. Urines très claires avec parfois sable urique. A l'examen, le rein droit fait à peine sentir sa pointe, le rein gauche est un peu plus bas et varie un peu de volume, suivant les jours. A gauche, points de Bazy (para-ombilical) et de Hallé positifs.

Tous les divers examens pratiqués ne révèlent rien d'anormal: examen gynécologique, exploration métallique, cystoscopie, recherche de l'hématurie microscopique, inoculation d'urine au cobaye, ophtalmo-réaction, division des urines. Le bleu de méthylène a une élimination cyclique.

Trois radiographies montrent entre la deuxième et troisième apophyse lombaire quatre à cinq petites taches.Nous portâmes le diagnostic de lithiase rénale probable ou de rein mobile avec petites crises intermittentes de rétention.

La néphrotomie ne nous montra aucun calcul. Je fixai le rein et la malade est depuis parfaitement guérie.

NEPHRITE HEMATURIQUE UNILATERALE -
NEPHROTOMIE - GUERISON.
(Toulouse Médical, 15 mai 1909).

Il s'agit d'un malade qui, depuis six mois, n'émet - tait plus que des urines sanglantes. Les hématuries étaient totales, sans douleur, et rien ne les influençait. On ne pouvait trouver chez lui aucun autre signe ni fonctionnel, ni physique. La clinique étant incapable à elle seule de permettre un diagnostic, je pratique une cystoscopie, qui me montra une vessie normale et des éjaculations de sang pur provenant de l'orifice uretéral gauche.

Une chromato-division me donna d'abord des urines limpides à droite, puis franchement bleues à la quinzième minute, et à gauche je recueillis un tube d'urine rutilante. Le contraste était frappant. L'urée était de 17 grammes à droite et de 13 grammes à gauche. Tube rouge. Le professeur Jeannel décida une intervention. Le rein examiné parut normal, même après néphrotomie exploratrice. Mais, dès le lendemain, le malade voyait ses urines devenir limpides, et depuis plus d'un an que l'intervention a eu lieu, jamais il ne s'est reproduit d'hématurie.

Cette observation est suivie de considérations générales sur les néphrites hématuriques et de discussion sur leur diagnostic.

CANCER DU REIN - NEPHRECTOMIE
(Toulouse Médical, 15 juin 1909)

C'est l'observation d'un malade porteur d'un épithélioma du rein à cellules claires et qui présente ceci de particulier: les deux reins paraissaient gros, le rein gauche ne sécrétait rien, ainsi que le montraient les divers procédés d'exploration pratiqués. La radiographie montrait une grande ombre dans la région du bassinet. Après la né - phrectomie, nous pûmes constater que le bassinet était occupé par un caillot sanguin rouge, qui se prolongeait dans l'uretère sous forme d'un cordon de fibrine blanchâtre.

NEPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RENALE
(Soc. Anatomo-Clinique de Toulouse,
5 juin,1910)

Je présente dans cette communication le rein d'un malade qui est très atteint par la tuberculose. Mais les lésions siègent surtout au niveau des papilles, et l'uretère est particulièrement volumineux. Malgré de nombreuses coupes nous n'avons pu observer de lésions dans le cortex.Nous nous demandons si pour cette forme on ne pourrait pas in - voquer une origine lymphatique, suivant la théorie de Tendeloo. De plus, l'histoire clinique de ce malade présentait ces points particuliers: simplement des signes fonctionnels

de cystite, avec des hématuries totales, mais l'examen clinique le plus attentif ne permettait pas de déceler le côté atteint. La cystoscopie nous montra un orifice uretéral gauche rigide, avec deux petites ulcérations sur ses versants. La chromato-division et la recherche de l'urée de chaque rein nous permit aussi d'affirmer la localisation à gauche et la possibilité de l'intervention. Sans ces modes d'exploration nous n'aurions pu la pratiquer car la clinique ne permettait pas de préciser le côté atteint, et l'élimination du bleu de méthylène ne se fit jamais par les urines, pas même sous forme de chromogène. Il en fut de même, d'ailleurs, pour la rosaniline (trisulfonate de soude de Lépine).

NEPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RENALE

(Soc. Anatomo-Clinique de Toulouse,
5 Juin 1910).

Très gros rein avec cavernes prêtes à se perforer. La vessie n'avait que 30 grammes de capacité et c'est la chromato-division qui fut la seule exploration possible. C'est au point de vue de ce mode d'examen que fut faite cette présentation.

DEUX CAS DE LAVAGE DU BASSINET

(Association française d'urologie, Paris, 1911).

Nous apportons à la Société deux cas de guérison par lavage du bassinet. Le premier a trait à une volumineuse hydronéphrose infectée, antérieurement traitée par diverses méthodes et notamment la néphropexie, par d'autres chirurgiens. Le malade avait en outre deux orifices urétéraux du côté lésé; le supérieur ne permettant pas un accès de plus de 3 divisions à la sonde urétérale.

Le second est l'histoire d'une pyélonéphrite légère.

CYSTITE RENALE - NEPHRECTOMIE

(Toulouse Médical, 1er avril 1912).

Nous donnons une note à la Société Anatomo-Clinique de Toulouse pour insister sur la forme exclusive de cystite que prend souvent la tuberculose rénale d'où le nom de cystite rénale que lui donnent Cathelin, Chevassu.

Nous partons pour cela d'une observation personnelle dont nous avons donné tous les détails: tant de l'examen clinique, et fonctionnel après cathétérisme urétéral et polyurie expérimentale, que de l'examen anatomo-pathologique des lésions observées.

NEPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RENALE
(Toulouse Médical, 1er avril 1912).

Nous avons présenté ce cas à cause des points suivants: Les premières douleurs rénales présentées par le malade avaient été prises d'abord pour une appendicite et ensuite pour des coliques de plomb, ce qui était d'autant plus vraisemblable que le malade était peintre.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PYELONEPHRITES PAR BLESSURES DE GUERRE

(En collaboration avec le Dr SCHWAB, Progrès médical, 1er décembre 1917).

Nous notons d'abord la fréquence des lésions coexistantes du thorax et du rein, et l'allure des hématuries qui se sont reproduites parfois jusqu'à 4 à 5 mois après le traumatisme et qui ont pu affecter le type des hématuries lithiasique; je veux dire que calmées par le repos, elles se reproduisaient à la fatigue.

Mais le point le plus particulier est le suivant:le cathétérisme uretéral nous a montré 3 fois sur 4, une déficience d'urée et de chlorures et siégeant du côté sain; Dans le quatrième cas, si les chlorures et l'urée s'éliminaient à peu près de façon égale des deux côtés, le

carmin d'Indigo apparaissait en neuf minutes du côté lésé et en vingt et une minutes du côté sain.

Les cas que j'ai observés étaient anciens, la plupart d'au moins plus d'un an, et aucun traitement n'avait amélioré leur pyurie. Les lavages du bassinet que j'ai pratiqués ne m'ont rien donné non plus. Il me semble que l'on serait autorisé à invoquer, pour expliquer ces cas bien constatés, autre chose que le hasard et que l'on serait autorisé à songer à l'action nocive d'un rein infecté surtout sur son congénère.

Or, en face de ces cas là, je cite une autre observation du sergent S..... atteint de pyélonéphrite après blessure du rein. Chez lui la R.X... me montrant un petit projectile se profilant sur la partie inférieure du rein gauche, je fis pour l'extraire une néphrotomie mais je ne trouvais pas l'éclat d'obus cherché et pour cause puisqu'un R.X. localisatrice me le montra ultérieurement au niveau du rein en effet, mais dans les muscles de la paroi abdominale antérieure. Si j'ai eu à regretter cette intervention injustifiée pour l'ablation du corps étranger, elle m'a par contre réservé une agréable surprise. Les urines très purulentes du Sergent S .... sont devenues parfaitement limpides à dater du jour de ma néphrotomie et le sont encore actuellement plus de 3 mois après mon intervention. Cela me paraît d'ail-

leurs explicable si l'on songe à l'influence heureuse que peut avoir ce mode thérapeutique pour les néphrites médicales aiguës ainsi que l'a montré le professeur Pousson. Il doit s'agir d'un mécanisme analogue pour la pyélonéphrite postraumatique.

Si maintenant nous rapprochons cette triade de faits:

1° guérison des pyélonéphrites de guerre obtenues par la néphrotomie;

2° guérison de ces pyélonéphrites non obtenues par les autres moyens;

3° action nocive à redouter du rein lésé sur son congénère;

il me semble qu'on peut être autorisé à pratiquer systématiquement la néphrotomie dans les pyélonéphrites consécutives aux blessures de guerre et rebelles aux traitements habituels.

DE LA NECESSITE DE LA NEPHRECTOMIE PRECOCE
DANS LA TUBERCULOSE RENALE

(En collaboration avec le Docteur PIOLLENC, Progrès médical, Juin 1918).

Le Dogme d'Albarran n'a plus besoin d'être défendu.

Mais nos explorations des fonctions rénales se sont aujourd'hui perfectionnées au point de nous permettre de dépister des tuberculeux que l'on n'aurait même pas soup-

çonnés il y a quelques années encore. Grâce à elles nous avons pu examiner et opérer trois malades simultanément chez lesquels les signes étaient réduits au minimum.

Les reins lésés n'avaient même pas cette déficience uréique qui est un des signes précoces de l'envahissement tuberculeux. Ce n'est que grâce aux finesses de la polyurie expérimentale et de l'histo-bactériologie que le diagnostic put être porté.

N'est-ce pas de ces cas que l'on aurait pu songer à instituer un traitement médical en estimant qu'il s'agissait de lésions initiales de la tuberculose?

Or, l'intervention nous a montré des formations caverneuses établissant aussi qu'au niveau du rein un stade anatomique avancé déjà incurable médicalement peut coincider avec des signes cliniques à peine décelables et démontrant aussi une fois de plus qu'en tuberculose rénale l'intervention n'est jamais trop hâtive.

QUAND FAUT-IL FIXER UN REIN MOBILE?
(Progrès médical, 30 août 1919).

Trois points sont incontestables:

1° Le rein mobile est une affection extrêmement fréquente;

2° La néphropexie qui permet d'empêcher cette mo-

bilité compte au nombre des opérations les plus bénignes de la chirurgie;

3° Elle est rarement pratiquée.

Ces trois points ne paraissent pas conciliables.

Nous nous efforçons dans cet article d'en donner l'explication. En s'inspirant des indications convenables, le chirurgien pratiquera peut-être un peu plus souvent la néphropexie, évitera les déboires et aura en somme, ici, plus qu'ailleurs, les résultats qu'il mérite.

A PROPOS DES PYELONEPHRITES

(Association française d'Urologie, 1919)

J'ai observé beaucoup de pyélonéphrites; les unes n'étaient pas diagnostiquées, les autres cachaient sous cette étiquette les affections les plus diverses.

Dans les pyélonéphrites vraies, j'ai remarqué deux types: l'une qui guérit souvent spontanément ou presque, l'autre qui résiste à tout traitement pendant des années.

J'ai pensé que le premier type était dû à la prédominance des lésions du rein; le second qui est le triomphe des lavages du bassinet relèverait surtout des pyélo-urétérites. Quoiqu'il en soit, ces malades ne présentent pas les signes des néphrites médicales. Seule la constante peut ê-

tre altérée. Mais je me demande si ces pyélonéphrites rebelles ne peuvent pas créer dans l'avenir de la néphrite médicale, les lésions suppuratives ne pouvant guérir qu'en déterminant de la sclérose.

Une étude bactériologique bien faite pourra peut-être éclairer sur les évolutions diverses et donner des moyens curatifs.

Après échec prolongé de la thérapeutique médicale, j'estime qu'on est en droit de songer à la néphrotomie.

UN CAS D'ANURIE CALCULEUSE GUERI PAR CATHETERISME INCOMPLET DE L'URETERE

(En collaboration avec le Dr DUCUING
Soc. française d'Urologie 1920).

Il s'agit d'une vieille malade très anciennement lithiasique et qui avait une anurie totale depuis plus de 3 jours s'accompagnant de phénomènes de paralysie intestinale, simulant l'occlusion et de congestion pulmonaire.

La sonde uretérale ne put monter à plus de 2 à 3 cent. dans l'uretère - et cependant l'anurie disparut soit que la sonde eût mobilisé le calcul soit qu'elle ait simplement levé le réflexe. La malade vit encore plus de 6 ans après cette alerte et n'a plus présenté d'accidents.

MIGRATION SPONTANEE D'UN CALCUL DU REIN
DANS L'ATMOSPHERE PERI-RENALE
(Société française d'Urologie, va paraître)

Le Commandant S .... qui fait l'objet de cette observation avait depuis plusieurs années consulté un peu partout, y compris la Suisse. Je soupçonnais chez lui une affection du rein bien plutôt qu'intestinale et je le fis radiographier. Malgré l'habileté du radiographe - et sans doute à cause de l'obésité du sujet, la radiographie fut négative. Mais quelque temps après ses douleurs devinrent beaucoup plus vives et se localisèrent nettement à la région costo-lombaire. Son faciès prit un aspect infecté, il eut de la fièvre à grandes oscillations. Je pensais à une collection péri-rénale et j'incisais. Un flot de pus jaillit et je recueillis le calcul au milieu du pus. Quant au rein décollé complètement par sa face postérieure, il avait suivi le sac péritonéal auquel il adhérait intimement. En l'explorant je découvris sur sa face postérieure au niveau du pôle inférieur un trou arrondi dans lequel s'insinuait aisément mon petit doigt. Le trajet allait jusqu'au bassinet dans lequel je pénétrais aisément. C'était l'orifice d'une néphrostonne pratiquée par le calcul lui-même.

C'est là un fait rare. Le Professeur LEGUEU ne fait qu'en signaler quelques cas dans son traité d'Urologie et

tous publiés en Allemagne. Les autres auteurs classiques n'en parlent pas - à notre connaissance.

U R E T E R E S

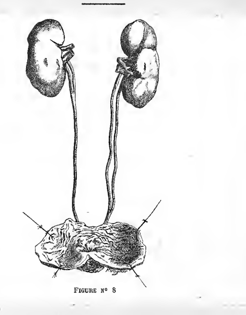


FIGURE N° 8

Figure n°

URETERES EN Y

(Soc. anat. Paris, 6 janvier 1905).

Nous présentons une pièce dans laquelle chaque uretère représente un Y, par le fait de son dédoublement à la partie supérieure seulement. Du côté droit, les deux branches sont relativement courtes; du gauche, au contraire,

elles sont longues, la fusionest juxta-vésicale (Voyez figure n°)

Delaboudinière, dans sa thèse sur les anomalies uretérales, n'a pu trouver que deux cas analogues.

La pièce est déposée à Necker, au musée du professeur Berger.

SUR UNE FORME OEDEMATEUSE DE PERIURETERITE CHRONIQUE D'ORIGINE TUBERCULEUSE.

(En collaboration avec le Docteur BASSAL, Journal d'Urologie, 15 septembre 1912).

Les formes habituellement observées de périuretérite tuberculeuse ont été étudiées par Halié et Metz qui en ont décrit 4 types: la périuretérite simple, la périuretérite adhésive, la périuretérite fibro-lipomateuse hypertrophique et la périuretérite suppurée.

Mais parfois une cause indépendante de l'infection tuberculeuse peut changer l'aspect des lésions, comme nous l'avons observé dans un cas de rein mobile tuberculeux chez une femme de 25 ans (Voy. fig. n° et bis)

Dans ce cas le bassinet et la partie supérieure de l'uretère était entourés d'une couche épaisse de 3 à 4 centimètres d'un tissu d'aspect gélatineux, translucide, gris rosé, visqueux au toucher, ferme et élastique laissant é-

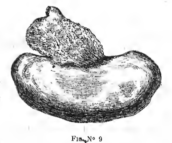


FIG. N° 9

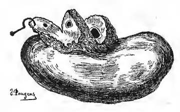


FIG. N° 9 *bis*

couler à la coupe un liquide filant.

L'uretère présentait au voisinage du point où il avait été sectionné un double coude en S, noyé dans le tissu environnant qui diminuait brusquement d'épaisseur en ce point.

Au microscope on peut voir que la muqueuse de l'uretère et du bassinet est presque entièrement détruite et remplacée par une couche de cellules lymphatiques qu'envahit la sous muqueuse et la partie interne de la musculeuse. Cette membrane granuleuse contient des tubercules typiques.

Au niveau de la coudure signalée plus haut, l'uretère présente une structure presque normale; sa muqueuse est seulement infiltrée par places et enferme quelques petits tubercules.

Le tronc péri-uretéral est constitué par un réseau de fibres conjonctives pour la plupart flexueuses, comme gonflées, se colorant faiblement et de cellules fusiformes ou étoilées à fins prolongements anastomosés. Les mailles de ce réseau sont remplies par une substance finement granuleuse se colorant en rose par l'eosine, en rouge par la safranine mais ne donnant pas les réactions méta-chromatiques de la mucine. En résumé ce tissu est du tissu conjonctif oedemateux.

Il présente ceci de particulier qu'au voisinage de l'

uretère, il est criblé de toutes petites pertes de substance arrondies ou de contours irréguliers. À la périphérie, on aperçoit du tissu adipeux dont les larges vésicules vides sont caractéristiques. Mais entre les deux, il existe une zone où l'on peut voir les travées qui séparent les vésicules adipeuses envahies par l'oedème qui rétrécit celles-ci et les déforme et l'on peut voir tous les degrés intermédiaires entre les vésicules adipeuses normales et les petites pertes de substance, à peine visibles au voisinage immédiat de l'uretère. L'acide osmique et le Sudan permetttent d'ailleurs de déceler des restes de graisse dans celles-ci. C'est donc du tissu fibro-adipeux modifié par l'infiltration oedémateuse.

Au sein de cette couche péri-uretérale, les amas de cellules lymphatiques ne sont pas rares. On les rencontre de préférence au voisinage des vaisseaux.

En résumé il s'agit d'oedème ayant infiltré une é - paisse couche de tissu fibro adipeux. Celui-ci avec ses ilote lymphatiques indice d'une inflammation chronique constitue la péri-uretérite fibro-lipomateuse hypertrophique de Hallé et Motz, mais l'oedème en a modifié l'aspect à tel point qu'il n'est possible de le reconnaître qu'au microscope et à la périphérie seulement.

Cet oedème est vraisemblablement d'origine mécani -

que et dû à la gêne considérable de la circulation sanguine et lymphatique résultant de la coudure de l'uretère. L'oedème cesse brusquement au-dessous de la plicature.

S'il n'y a pas eu hydronéphrose malgré l'obstacle à l'écoulement de l'urine, c'est que le tissu fibro-adipeux qui doublait l'uretère et le bassinet, de formation vraisemblablement antérieure à la coudure a opposé un obstacle insurmontable à la distension.

SUR UN CAS D'ANOMALIE DE SITUATION DES ORIFICES URETERAUX

(En collaboration avec Saint-Martin,
interne des hôpitaux - Société anatomo-clinique
de Toulouse - Toulouse Médical, 1er mai 1913).

C'est l'observation d'une malade néphrectomisée pour tuberculose rénale droite et qui avait eu dans son enfance une tumeur blanche du genou droit guérie par ankylose. La cystoscopie montra un orifice urétéral droit sur la ligne médiane et en bas, et un orifice gauche très haut à gauche. Cette anomalie était peut-être due à une déformation du bassin par suite de l'ankylose du genou. Quoiqu'il en soit une division des urines aurait donné des résultats certainement faux. Ceci montre l'importance d'une cystoscopie préalable. De plus on ne put enfoncer la sonde qu'à 5 centimètres dans l'uretère droit rétréci et pour éviter un retrait de la son-

de on recueillit les urines en maintenant le cystoscope dans la vessie.

VESSIE

ANATOMIE du TRIGONE VESICAL.

(Travail de la clinique des voies urinaires à l'Hôpital Necker. - Ann. des Maladies des organes génito-urinaires, février 1905).

Il nous a semblé intéressant de rechercher la situation topographique des orifices qui forment les pointes du triangle de Lieutaud, d'étudier la fixité ou la variabilité de leurs positions respectives tant dans les distances qui les séparent entre eux que dans celles qui les séparent du plan médiam.

Il nous a paru pratiquement important de savoir si les orifices uretéraux occupent une situation homologue de chaque côté de la ligne médiane, si le triangle formé par les orifices est équilatéral, isocèle ou irrégulier; si les dimensions varient avec les sujets ou sont fixes; si l'âge, le sexe enfin ont des influences.

On sait l'importance du muscle interuretéral, surtout avec les progrès de la cystoscopie il nous a semblé utile de l'étudier. Pour les mêmes motifs nous avons voulu observer les aspects morphologiques divers de l'orifice uretéral, et les situations qu'il peut occuper par rapport au bourrelet.

Nous faisons d'abord une revue de ce que disent les auteurs de l'aspect du trigone et il nous a semblé que la question n'était pas résolue de façon satisfaisante. Lieutaud qui est le premier en date est celui dont la description nous paraît la plus complète. Tout à tour nous rap - portons les descriptions de Floquet, Richet, Sappey, Cruveilhier, Berry Hart et Froeland Harbour, Glantenay, Delbet, George Mac Clellan, Quain, Tuohmann, Beaunis et Bouchard, Testut, Poirier, Delbet, Gosset.

Nous exposons ensuite notre technique. Nous avons pour cela examiné 150 vessies fraîches provenant des hôpitaux Necker, Laennec, Enfants Malades.

Nous avons repéré 750 mensurations millimétriques pour apprécier sur chaque vessie les distances interurétérales, les distances de l'uretère droit au col, de l'uretère gauche au col, les distances de l'uretère droit au plan médian et les distances de l'uretère gauche au plan médian. Prises plusieurs fois de suite sur la même vessie les dimensions restent les mêmes malgré les divers déplacements subis par l'organe. Que le malade soit mort la vessie pleine ou vide, cela ne change pas nos résultats puisqu'ils sont surtout comparatifs. La vessie isolée ou non des organes présente encore dans son trigone les mêmes dimensions. puis pour chaque cas nous avons noté l'aspect du trigone,

surtout celui du muscle inter-uretéral, la situation des orifices uretéraux par rapport à ce muscle et nous avons essayé de les cathétériser avec la sonde N° 6.

L'observation de chacun des cas est relatée dans des observations résumées en tableaux.

De toute cette étude nous avons tiré des conclusions tant générales que personnelles.

Conclusions générales:

A.- Au POINT de VUE HISTORIQUE. - On a pu voir qu'aucun auteur n'a jusqu'ici fait une étude complète de tous les points que nous avons exposés dans nos tableaux. Leurs opinions sont contradictoires.

En effet:

1° Pour les distances inter-orificielles et les orifices au plan médian. - Sans parler des différences considérables des mensurations, quand ces dernières sont signalées (elles le sont toujours incomplètement), elles varient plus que du simple au double, suivant les auteurs consultés, et les opinions se divisent en trois camps.

Dans le premier, des chiffres sont donnés comme applicables "exactement" (Delbet par exemple) à tous les cas.

Dans le second, les chiffres sont donnés comme approximatifs.

Dans le troisième enfin, on dit que les chiffres don-

nés par les auteurs sont trop dissemblables pour y attacher de la valeur.

2° Pour l'aspect microscopique du trigone.- Ils le décrivent "lisse, uni, dépourvu de rides", complètement même, "brillant, plus blanchâtre que le reste de la vessie". "Son relief est toujours assez manifeste jusqu'à la base qui est tranchante, c'est le maximum d'épaisseur de la paroi vésicale".

Sa forme "est un espace triangulaire équilatéral" pour certains, pour un autre, tantôt "à bords convexes en dehors ou concaves, ou bien la figure formée est une sorte d'Y, dont la tranche inférieure se termine dans l'orifice vésical de l'urètre .

Pour Lieutaud, l'étendue du trigone lui semble plus grande dans le sexe féminin que chez l'homme.

3° Pour l'aspect du muscle inter-uretéral.- Il est décrit de façons bien différentes. "C'est la base tranchante de Lieutaud, ou une gouttière horizontale et transversale", une crête, une ligne, une bande, un épaississement convexe en avant, une courbe à concavité postérieure. Tuchmann enfin l'a dit plus proéminent à chaque extrémité.

4° Pour la topographie des orifices uretéraux par rapport au muscle inter-uretérique.- Aucun auteur n'en fait mention.

5° Pour la morphologie des orifices.- Ils sont décrits "en bec de flûte", en petite fente, "arrondis, punctiformes, en biseau, en fentes ovales ou obliques".

6° Pour leur diamètre.- Tuchmann seul s'en occupe et leur attribue les dimensions correspondant au N°3 et 8 de la filière Charrière.

Conclusions personnelles:

1° Pour les distances inter-orificielles et les orifices au plan médian.- Les plus grandes variations peuvent s'observer.

Pour les distances inter-uretérales, le maximum trouvé a été:

Chez l'homme . . . . 88 mm.
Chez la femme . . . . 62 mm.
Chez l'enfant . . . . 24 mm.

Le minimum observé a été:

Chez l'homme . . . . 20 mm.
Chez la femme . . . . 10 mm.
Chez l'enfant . . . . 7 mm.

La moyenne de 50 cas a été:

Chez l'homme . . . . $32^{mm}7$
Chez la femme . . . . $26^{mm}8$
Chez l'enfant . . . . $12^{mm}32$

Pour les distances de l'orifice uretéral au col le maximum observé a été:

Chez l'homme . . . . 61 mm.

Chez la femme . . . . 51 mm.

Chez l'enfant . . . . 24 mm.

Le minimum observé a été:

Chez l'homme . . . . 10 mm.

Chez la femme . . . . 10 mm.

Chez l'enfant . . . . 5 mm.

La moyenne de 50 cas (par conséquent la moyenne, soit 100 distances):

Chez l'homme . . . . $27^{mm}58$

Chez la femme . . . . . . $22^{mm}71$

Chez l'enfant . . . . . . $11^{mm}275$

Pour les distances de l'orifice urétéral à la ligne médiane, le maximum a été:

Chez l'homme . . . . . . 45 mm.

Chez la femme . . . . . . 32 mm.

Chez l'enfant . . . . . . 13 mm.

Le minimum a été:

Chez l'homme . . . . . . 4 mm.

Chez la femme . . . . . 4 mm.

Chez l'enfant . . . . . . 3 mm.

La moyenno de 50 cas (par conséquent 100 mensurations):

Chez l'homme . . . . $15^{mm}79$

Chez la femme . . . . . . $13^{mm}45$

Chez l'enfant . . . . . . $6^{mm}35$

L'orifice uretéral le plus éloigné de l'orifice urétral est toujours le plus distant de la ligne médiane, et les distances de l'uretère à la ligne médiane se sont toujours montrées égales des deux côtés dans les cas de triangle isocèle ou équilatéral. Le triangle construit grâce aux lignes inter-orificielles a été, sur 150 cas:

SCALENE : 40 fois chez l'homme ; 36 fois chez la femme ; 19 fois chez l'enfant.

ISOCELE par EGALITE des DEUX LIGNES LATERALES : 8 fois chez l'homme ; 9 fois chez la femme : 12 fois chez l'enfant 11 fois chez l'enfant par égalité de la base et d'un côté.

EQUILATERAL : 2 fois chez l'homme ; 5 fois chez la femme ; 8 fois chez l'enfant. Total: 150.

POUR les MENSURATIONS.- Le sexe des moyennes les plus fortes est donc celui de l'homme, l'enfant reprécente les plus faibles; aucune mensuration exacte, quoi qu'on en ait dit, ne peut être assignée au trigone comme type et c'est précisément la différence des cas qui explique les divergences des auteurs.

On trouve le plus de triangles

scalènes . . . . chez l'homme

isocèles . . . . chez l'enfant

équilatéraux . . . . . . chez l'enfant.

La femme représente un type intermédiaire.

Ni la prostate, ni l'âge (en dehors de l'enfance), ne semblent avoir d'influence au point de vue des mensurations Mais au point de vue des déformations du triangle et de son irrégularité, ces facteurs semblent avoir une certaine influence.

Nous avons recherché également si le rectum n'avait pas une influence sur les dimensions du triangle. Pour ce faire, nous avons comparé les distances de l'uretère à la ligne médiane des deux côtés.

Voici nos résultats:

Chez l'homme, le côté droit s'est montré le plus grand, 20 fois ; le plus petit, 20 fois ; égal à son homologue, 10 fois.

Chez la femme le côté droit s'est montré le plus grand 16 fois ; le plus petit, 20 fois ; égal à son homologue, 14 fois.

Chez l'enfant, le côté droit s'est montré le plus grand, 10 fois; le plus petit, 20 fois ; égal à son homologue, 20 fois.

De ces ohiffres on ne peut guère tirer, croyons-nous, de conolusions, les éoarts sont trop peu sensibles, il y a même égalité chez l'homme. Mais on y trouve une preuve frappante de ce que nous énoncions plus haut : les distances de l'uretère à la ligne médiane se sont toujours montrées égales des deux côtés dans les cas de triangle isocèle ou équilatéral.

Chez l'homme	10	10
Chez la femme	14	14
Chez l'enfant	20	20

Enfin nous insistons beaucoup sur ce fait que nous n'avons jamais rencontré les deux uretères s'abouchant d'un même côté du plan médian. Le fait doit donc être très rare si tant est qu'il existe.

2° <u>Pour l'aspect microscopique du trigone</u>.- Considéré indépendamment du muscle inter-uretéral sont aspect est fort variable. Il peut être "absolument indistinct" ou "un peu saillant" ou "former un plateau triangulaire" ou "un relief nettement découpé sur tout le reste de la vessie". Sa coloration peut -être blanchâtre, blanc jaunâtre; rosée, rougeâtre; cela est dû probablement à ce qu'il est ou "très faiblement" vascularisé ou, au contraire, qui l'est "richement". S'il forme souvent une saillie lisse, "il peut être aussi granuleux, jaunâtre, grisâtre,

ou rougeâtre". Il peut s'y former de "très fines, très petites rides" qui peuvent être "longitudinales dans la portion rapprochée du col" "transversales en haut", ou former "des arborescences". Ces fibres s'irradient parfois en "éventail" qui semble prendre racine dans le col et s'implanter dans le bourrelet inter-urétral".

Au contraire, une "rigole médiane" peut séparer les racines et les découper dans les formes les plus diverses formant avec le muscle inter-uretéral les figures les plus variées notamment la forme en Y.

Chez les enfants, très souvent, il n'y a aucun "relief ou les branches latérales du trigone décrivent parfois un V.

3° Pour la morphologie du bourrelet inter-uretéral.- Peu accentué" ou "nettement dessiné", ses aspects sont très divers. Le plus souvent, il est "peu accentué sur la ligne médiane" ou "n'y existe pas", surtout chez les enfants où souvent il a "peu ou presque pas de bourrelet". Sur la ligne médiane, il se creuse en vallée d'où il résulte deux tubérosités séparées qui portent les orifices uretéraux et que nous appelons à cause de cela "tubérosités uretérales". Elles peuvent être "olivaires" ou "quadrilatères" ou "de simples mamelons". Sa direction est le plus souvent courbe, à concavité postérieure plus ou moins

accentuée" il est souvent cependant "rectiligne", "transversal", "en barre". Il peut former un"croissant irrégulier

Ses extrémités dépassent toujours le siège des orifices uretéraux; parfois nous avons constaté jusqu'à 35 m/m de distance. Sa forme peut être celle d'une crête"triangulaire", "d'un cordon arrondi, ou dos d'âne", ou celle d'un "ruban blanchâtre très aplati" ou constituer "une terrasse transversale". Nous l'avons trouvé "plissé", parallèlement à sa direction "recouvert par un repli de la muqueuse", "ou formé de trois cordons successifs".

4° Pour la topographie des orifices uretéraux par rapport au muscle inter-uretéral - Chez l'homme, ils ont siégé par ordre de fréquence décroissante: sur son tiers supérieur sur son sommet, à sa portion moyenne, à son tiers inférieur, à son pied, assez rarement sur un petit mamelon.

Chez la femme - Sur son tiers supérieur sur un mamelon, sur le sommet à sa portion moyenne sur son tiers inférieur à son pied, 2 fois sur le versant extérieur ou terminal du bourrelet. Un orifice enfin s'est trouvé sur le tiers supérieur du versant postérieur.

Chez l'enfant - Sur un mamelon, à la portion moyenne du bourrelet, sur son sommet. Dans tous les cas, les orifices d'une même vessie peuvent occuper des situations différentes pour chacun d'eux.

5° Pour la morphologie des orifices - Nous les avons trouvés arrondis, punctiformes, en forme de cratère sur un mamelon, en croissant de lune, elliptiques, en grains d'avoine, lancéolés, taillés en biseau ou en bec de flûte au dépens de leur paroi supérieure, on fente parfois difficile à voir, dissimulés quelquefois sous des replis de la muqueuse qui ont parfois l'aspeot do ces traînées que laisse sur le sable du rivage l'eau de la mer en se retirant.

Ces différentes formes tiennent à des dépressions de la muqueuse qui précèdent l'orifice. En réalité, l'orifice lui-même est toujours un trou et un trou rond, mais les orifices en fente, par exemple, sont précédés d'une vallée muqueuse que nous avons vue atteindre 15 m/m. Enfin la forme de l'orifice d'un côté n'est pas toujours la même que celle de celui du côté homologue.

6° Pour la perméabilité des orifices uretéraux à la sonde uretérale - Chez l'homme presque toujours les orifices admettent la sonde; assez fréquemment le cathétérisme est difficile. Doux fois seulement il nous a été impossible de le pratiquer; il en est de même chez la femme, mais chez elle nous n'avons jamais eu d'échec. Très souvent chez l'enfant et même chez les plus jeunes, le cathétérisme est possible de par les dimensions de l'orifice. Nous avons

pu le pratiquer presque dans la moitié des cas. Un orifice peut être impossible à cathétériser sans qu'il en soit de même de son homologue. Il ne faut pas juger de son calibre de par son aspect.

Conclusions pratiques:

I.- Anatomiquement la division endo-vésicale des urines avec les instruments modernes nous a toujours paru possible puisque jamais les deux orifices ne se sont montrés du même côté de la ligne médiane. Dans un seul cas, chez l'homme (nous en avons constaté deux cas analogues chez la femme), l'orifice uretéral n'était distant que de 4 m/m de la ligne médiane (obs. 11). Or, il est évident que dans ce cas un septum étroit comme le ressort d'acier de la membrane du diviseur Cathelin aurait encore réalisé une séparation parfaite que n'aurait pas donné le diviseur Luys, à cause de son épaisseur qui, en bouchant l'orifice aurait pu faire croire à une absence de secrétion du côté correspondant.

II.- Anatomiquement le cathétérisme s'est montré parfois difficile, deux fois même impossible chez l'homme.

III.- L'existence fréquente de triangles de Lieutaud, très petits, même avec des prostates assez volumineuses, nous fait supposer qu'il pourrait y avoir danger de bles -

ser les uretères dans ces cas-là en employant pour la prostatectomie la méthode supra-pubique de Freyer.

IV.- Au point de vue de la cystoscopie on doit aussi connaître les aspects si variables du trigone et se rappeler que les orifices urétéraux, si changeants dans leur forme le sont aussi dans leur siège et que, dans certains cas exceptionnels, il faut les chercher sur l'extrémité latérale externe et même sur le versant postérieur (infiniment rare) du bourrelet interurétérique - que parfois enfin ils sont masqués par des replis muqueux

Actuellement notre travail est cité dans les Traités classiques d'anatomie, de Poirier, de Testut, etc... et dans les ouvrages d'endoscopie de Marion, Heitz, Boyer, Cathelin, Luys, etc....

TUMEUR DE LA VESSIE

(Toulouse Médical, 15 nov. 1906).

L'intérêt de cette observation porte d'abord sur le siège rare de la tumeur (la cystoscopie nous la montra en effet, sur le couvercle vésical), puis sur le fait extrêmement rare de son incrustation calcaire, qui simulait à la cystoscopie un vrai calcul, mais que ne révélaient ni la radiographie, ni l'exploration métallique.

PRESENTATION DES FRAGMENTS
D'UN VOLUMINEUX CALCUL VESICAL
OPERE PAR LA LITHOTRITIE

(Société Anatomo-Clinique, 1er mars 1909).

LITHOTRITIE POUR CALCUL OXALIQUE

(Association française d'urologie, Paris, 1911).

Présentation d'un calcul d'oxalate de chaux presque pur.

Le diagnostic avait été fait par la cystoscopie et bien que dans ces cas là les classiques conseillent la taille, la lithotritie avait été faite et avec succès.

Après Escat, Véron et Gauthier nous constatons que malgré l'aspect muriforme du calcul, il n'y avait jamais eu d'hématurie.

CORPS ETRANGERS DES VOIES URINAIRES

(Journal d'Urologie 1918, en collaboration avec le Docteur SCHWAB)

Nous relatons cinq observations de corps étrangers soit de l'urètre, soit de la vessie, opérées par nous au Centre d'Urologie. Ils sont de nature et de pathogénie fort différentes. Le premier est un cas de simulation qui a été lon-

guement repris par Janet dans son rapport sur la simulation lors de nos réunions du Val de Grâce. Le deuxième est un fait de perversion sexuelle, le troisième est un accident instrumental, le quatrième est consécutif à une glorieuse blessure de guerre, la chemise de la balle étant restée dans la vessie et ses fragments piqués dans les parois. Le deuxième nous a permis enfin de signaler certains accidents de fabrication des sondes en gomme auqueil il était imputable.

UN PROCEDE D'ECLAIRAGE DANS L'EXPLORATION CHIRURGICALE DE LA VESSIE

(Journal d'Urologie 1918, en collaboration avec le Docteur SCHWAB).

Description d'un procédé d'éclairage que nous avons réalisé avec un cystoscope et qui est fort utile pour les interventions chirurgicales sur cet organe, - tant le jour de l'opération que les jours suivants.

QUELQUES RECHERCHES SUR LA PHYSIO-PATHOLOGIE SPHINCTER URINAIRE

(Paris médical, 24 mai 1919).

Ces études ont été poursuivies grâce à notre Dynamomètre sphinctérien gradué chez 127 sujets.

Ce travail nous a permis de constater les résultats suivants:

Chez l'homme normal la puissance sphinctérienne mo - yenne est de 61 gr.57.

Chez la femme, les chiffres oscillent entre 20 et 25 grammes.

Chez les incontinents d'urine d'origine essentielle, l'appareil nous indique une puissance sphinctérienne mo - yenne de 34 gr.16 seulement. Cette déficience que nous a- vons constatée de façon constante, nous a permis de décri- re le signe du sphincter comme simptôme objectif de l'In- continence. Grâce à la recherche de ce signe, nous avons pu dépister la simulation de cette affection.

La puissance sphinctérienne a été étudiée chez le mê- me sujet à des intervalles éloignés, à vessie vide ou plei- ne et les résultats sont restés concordants.

L'anesthésie peut faire varier la valeur du muscle sphincter. Peu dans l'anesthésie locale, les écarts ont été de 5 à 7 gr.; mais de 10 à 15 gr. avec l'anesthésie généra- le.

Grâce à ces recherches, nous avons pu aider à solution- ner un point controversé de la physiologie de la miction à savoir: si l'appareil sphinctérieu se relâche ou se con- tracte pour l'émission de l'urine.

L'abaissement que nous avons constaté dans la contraction musculaire a été d'au moins 50 %. Dans des conditions particulièrement favorables, elle a pu se montrer nulle donnant ainsi raison à Guyon et Genouville contre Mosso et Pellacani.

Des travaux entrepris actuellement en France et à l'étranger par les neurologistes, nous permettent d'espérer que l'étude de l'appareil sphinctérien, que nous avons commencée et rendue facile avec notre dynamomètre, est loin d'être terminée.

LA CAPACITE VESICALE

(Journal des Praticiens, 13 mars 1920).

Nous définissons d'abord ce qu'on entend par la capacité vésicale qui peut être conçue au point de vue anatomique, physiologique ou pathologique.

Nous étudions ensuite la façon de la rechercher en clinique. Nous passons en revue les indications que nous donne cette exploration selon qu'elle nous montre une capacité normale, augmentée ou diminuée.

Nous examinons ensuite les traitements à employer pour ramener la capacité à la normale quand elle est augmentée ou diminuée. Ceci nous amène, pour terminer, à donner la

technique et à poser tant les indications que les contre-indications des lavages et des instillations de la vessie. Incidemment sont encore discutées les indications de la sonde à demeure et de la cystostomie.

Ces notions sont d'importance puisque selon la façon d'appliquer ces traitements, ils sont, d'après Guyon, "bienfaisants, dangereux ou inefficaces".

LES RETENTIONS ATONIQUES

(Paris médical, 1919).

Ce travail est basé sur 19 observations personnelles. Il est destiné à l'étude clinique et pathogénique de ces rétentions complètes ou incomplètes que nous avons observées surtout pendant la guerre et que n'expliqueraient aucune raison objective. Faute de mieux, nous leur avons donné le titre d'atoniques.

Nous n'avons retenu nos 19 cas qu'après examen approfondi, examen urologique, examen neurologique, explorations spéciales et recherches de laboratoire, montrant que la rétention n'était pas explicable par ses raisons habituelles. Grâce à eux, nous avons pu faire une descrimtion symptomatique de cette affection, dire les conditions dans lesquelles on la voit survenir, en donner les éléments,

établir son évolution avec son pronostic, discuter la possibilité de la simulation et indiquer des moyens pour la déceler, enfin, tracer notre façon de les traiter.

IL N'Y A PLUS DE CYSTITES
(Journal des Praticiens, 1920).

Le diagnostic de cystite résume pour beaucoup de médecins presque toute la pathologie urinaire. Or, il y a là non seulement une question de terminologie mauvaise, mais surtout des conséquences thérapeutiques graves.

Deux cas sont possibles:

<u>1er cas - La vessie n'est pas en cause.</u>- Il y a seulement de la fréquence des mictions et cela se voit chez les fausses urinaires de la gynécologie, chez les nerveux, les uricémiques, les diabétiques, etc....

Ou il y a de la pyurie, par pyélonéphrite, simple urétrite même.

Il y a des douleurs à la miction, cystalgies réflexes, des affections rénales de la sphère ano-rectale, etc...

Donc, isolément, un des symptômes de la triade symptomatique de la cystite, n'autorise jamais à en porter le diagnostic.

<u>2e cas - La vessie est en cause</u> - Ici, il y a la tri-

ade symptomatique? Nous reviendrons donc reconnaître qu'il y a cystite. Nous ne le nions pas en effet mais dire cystite seulement, c'est englober les faits les plus disparates sous la même rubrique. La cystite n'étant en somme, le plus souvent, qu'une complication, un épiphénomène, une conséquence. Ce qui donne de la cystite, en effet, ce sont les calculs, les tumeurs de la vessie, l'hypertrophie de la prostate, le rétrécissement de l'urètre, la tuberculose rénale .... La cystite n'est donc le plus souvent, qu'un élément accessoire de la maladie qu'il faut dépister derrière elle.. . et dire cystite dans tous ces cas là n'est pas faire un diagnostic.

Nous ne voyons plus, après une analyse sévère, que 2 classes importantes de vraies cystites: celles consécutives à un cathétérisme incorrect ou à une blennhoragie mal traitée. Il dépend de nous de les supprimer ... dès lors.. il n'y a plus de cystites.

CYSTITE INCRUSTEE

(Société française d'Urologie, va paraître).

Il s'agit d'un soldat qui présentait des signes de cystite. La cystoscopie nous permit de voir dans sa vessie des incrustations très nombreuses formant, en certains

points de véritables stalactites d'aspect vraiment étrange.

Or, contrairement aux données classiques un simple traitement d'instillations argentiques de solution concentrée a amené la disparition de ces formations calcaires. Nous avons pu cysposcopiquement constater la guérison qui se maintenait plus d'un an et demi après ainsi que le constata le Docteur Heitz-Boyer dans plusieurs examens cystoscopiques qu'il eut l'occasion de pratiquer à son tour.

U R E T R E

BLENNORRAGIE AVEC COMPLICATIONS CHEZ LES ENFANTS

(Bulletin Médical, 1904).

C'est une histoire de petite épidémie blennoragique propagée chez des enfants de 6 à 12 ans à la campagne. Nous insistons sur les signes spéciaux qu'elle prend chez les enfants, se révélant par une fausse rétention: l'enfant n'urinait pas par peur de souffrir. De plus un des enfants eut une orchite ce qui est rare à cet âge, et même nié par plusieurs auteurs. Enfin l'évolution fut bénigne. Le Dr Jullien, dans son étude sur la blennorragie (formes rares et peu connues), a bien voulu citer notre petite note à plusieurs reprises.

TRAITEMENT DES BLENNORRAGIES PAR LES GRANDS LAVAGES AU COLLARGOL

(Revue pratique des Maladies des organes génito-urinaires, 1er mars 1909).

Nous exposons notre technique des grands lavages au collargol et publions nos résultats dans les cas aigus et chroniques. Nous concluons: Les grands lavages au collar-

gol peuvent être employés, dans le traitement des urétrites, avec succès. Leur gros avantage est d'être indolores même dans la période aigüe: les malades les apprécient vite. Ils permettent toujours l'emploi régulier des grands lavages dès le début, ce dont on sait l'importance prophylactique au point de vue des complications diverses.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE PAR LES INJECTIONS INTRA-URETHRALES DE SERUM ANTI-MENINGOCOCCIQUE

(Soc. Anatomo-Clinique de Toulouse, 5 Juin 1910).

Nous présentons dix observations de malades atteints de blennorragie aigüe soignée par notre méthode. Elle consiste, après grand lavage uréthro-vésical, à injecter 3 à 4 cc. de sérum antiméningococcique dans l'urètre. Nous avons neuf fois obtenu dès la deuxième ou troisième injection l'arrêt des phénomènes inflammatoires. La phase aigüe semble s'arrêter d'emblée. Une fois nous n'avons eu aucun résultat appréciable. Nous notons trois guérisons en quatre ou cinq jours. Les autres cas semblent évoluer comme les blennorragies traitées par les moyens ordinaires, mais avec une phase aigüe presque complètement supprimée. Des essais d'injections sous-cutanées de sérum

ne nous avaient rien donné.

RETRECISSEMENT TRAUMATIQUE DE L'URETHRE
CATHETERISME IMPOSSIBLE
RECHERCHES DU BOUT POSTERIEUR DE L'URETHRE
AU BEC DE LA PROSTATE

(Rev. Prat. des mal. des org. gén. ur., 1er janv. 1910).

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE.
SUR LE TRAITEMENT DES COMPLICATIONS GENERALES
ET LOCALES DE LA BLENNORRAGIE PAR DES
INJECTIONS DE SERUM ANTI-MENINGOCOCCIQUE

(Association française d'Urologie, Paris, octobre 1911).

A propos de la communication de M. Strommiger sur ce sujet nous rappelâmes nos expériences antérieures qui étaient favorables. Nous ajoutâmes que de nouvelles expériences faites avec du sérum de cheval ne nous avaient rien donné.

Puis nous insistâmes sur la voie d'administration du sérum antiméningococcique qui, à notre avis, doit se porter loco dolenti et ici c'est plus facile que dans la méningite cérébro-spinale, puisqu'il suffit de faire une injection intra-urétrale.

DELIRE MELANCOLIQUE D'UN RETRECI URETHRAL

(En collaboration avec le Docteur VOIVENEL,
ex-chef de clinique à la Faculté
et J. PIQUEMAL, externe des hôpitaux.
Toulouse Médical, 15 Juillet 1912).

Un homme de 61 ans, de caractère habituellement jovial, présente depuis quelques mois un délire mélancolique dont l'intensité va croissant, troublant l'entourage et provoquant chez le malade un affaiblissement inquiétant.

L'examen physique permet de constater les signes ordinaires de senescence: temporale saillante, arc cornéen marqué, radiale dure. L'interrogatoire dévoile une dysurie tenace, et la femme du malade, très observatrice, insiste sur la corrélation qu'il paraît y avoir entre la difficulté croissante d'uriner et le développement des troubles mentaux.

On explore l'urèthre. Le malade présente sept rétrécissements. On les dilate. Au fur et à mesure que s'accentue l'aisance de la miction, l'état psychique s'améliore. La guérison survient.

Il s'agit sans doute de troubles toxiques par gêne à l'écoulement urinaire.

POLYPES DE L'URETRE

(En collaboration avec Saint-Martin, interne, médaille d'or des Hôpitaux, Journal d'Urologie 1913).

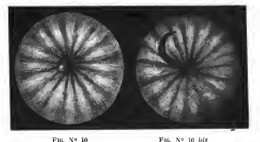


FIG. N° 10 FIG. N° 10 *bis*

Fig. N° Fig. N°

Il s'agit d'un malade atteint d'uretrite rebelle à tout traitement et datant de 4 ans. L'urétroscopie montra dans l'urètre postérieur les deux polypes que montrent les figures et · bis et permit de les détruire par le galvano cautère, ce qui y amena la guérison définitive.

FISTULE CONGENITALE DE L'URETRE

(En collaboration avec le Docteur BASSAL, Journal d'Urologie, 1913).

Il s'agit d'un malade qui avait depuis 10 ans des blennorrhagies à répétition et depuis quelques années des abcès à répétition qui se formaient à la face inté-

rieure de la verge s'accompagnant de grandes poussées thermiques et nécessitant l'incision à diverses reprises.

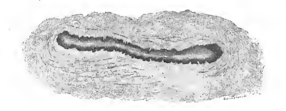


Fig. N°

Je pratiquai l'extirpation complète d'une petite tumeur qui était le point de départ constant de la formation des abcès et voici ce que donne la pièce à l'examen? (Voy. figure n°   ).

On aperçoit un canal qui parcourt toute la pièce et se présente à la coupe sous l'aspect d'une fente linéaire de 3 à 5 millimètres de longueur. Le tissu conjonctif qui l'entoure est dense, pauvre en cellules fines et montre en un point un foyer d'infiltration leucocytaire formant un petit abcès.

Le canal lui-même est tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié de 0 m/m 3 d'épaisseur environ entre les cellules duquel se glissent des éléments mobiles (lympho-

cytes). La lumière contient des débris grumuleux, des cellules desquamées et des microbes.

Il s'agit d'une bifurcation de l'urèthre constituant une fistule congénitale dans laquelle se sont produites des poussées inflammatoires répétées. Depuis l'intervention la guérison est parfaite et sans fistule.

LE CATHETERISME. INSTRUMENTS DIVERS.
LEUR STERILISATION. CEUX QUE DOIT AVOIR LE PRATICIEN

(En collaboration avec Saint-Martin, interne des Hôpitaux - Toulouse Médical, 15 mars 1913).

Dans cet article, nous cherchons surtout à être utile au praticien. Aussi nous insistons sur les instruments de pratique journalière et nous montrons comment on doit les choisir ainsi que les divers accessoires nécessaires pour faire un bon cathétérisme aseptique. Rappelant les grands principes de ce cathétérisme, nous éliminons les malades que l'on ne doit pas sonder et nous montrons comment on peut pratiquement stériliser les instruments et désinfecter le malade avant de le sonder.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE AIGUE

(En collaboration avec Saint-Martin, Interne des Hôpitaux. Toulouse Médical n° 8 du 1er mai 1913).

Rappelant qu'il peut exister des urétrites non gonococ-

ciques nous insistons sur la nécessité d'un bon diagnostic.

Puis nous passons aux divers traitements:

Nous montrons d'abord comment on peut essayer de se préserver de la blennorragie.

Nous étudions ensuite le traitement abortif.

Puis nous décrivons le traitement local (seul efficace pour nous), de la phase aiguë et nous donnons au praticien les détails les plus minutieux sur le grand lavage, sa technique, les diverses substances que l'on peut utiliser et leurs indications respectives.

Enfin, nous rappelons le traitement interne que l'on peut ajouter, et le traitement général et hygiénique que l'on doit toujours mettre en pratique.

TRAITEMENT DE L'URETRITE CHRONIQUE

(Sud Médical, 1913).

Pour bien faire comprendre la ténacité désespérante de l'urétrite chronique, nous rappelons l'anatomie de l'urètre et les caractères variables des lésions.

Nous montrons comment on peut arriver à déterminer la localisation de ces lésions en examinant les filaments et la goutte et en explorant le canal surtout avec l'urétroscope.

Ayant fait le diagnostic de la localisation, nous passons en revue les divers moyens de traitement et leurs techniques respectives.

Nous montrons enfin comment il faut choisir ce traitement, et comment on peut reconnaître la guérison.

LES SOLUTIONS ISOTONIQUES DANS LE
TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

(En collaboration avec E. Saint-Martin,
Toulouse Médical, 15 mai 1913).

Dans cet article, nous montrons les résultats que nous avons obtenus dans le traitement de la blennorragie par les grands lavages au permanganate, au protargol, au syrgol, au collargol, à l'oxycyanure de mercure, et par les instillations au protargol, ces grands lavages et ces instillations étant faits avec des solutions isotoniques obtenues en faisant dissoudre ces substances dans du sérum physiologique.

Nous partons de ce principe qu'une solution isotonique ne produisant pas de phénomène d'osmose, doit mieux pénétrer la muqueuse urinaire et aussi produire un traumatisme moindre: donc agir mieux et avec moins de douleur.

Après avoir montré qu'il n'y avait aucun inconvénient au point de vue chimique à employer ces solutions, et qu'

elles conservaient toute leur valeur thérapeutique nous donnons les résultats de notre pratique personnelle déjà assez étendue à ce sujet:

Les lavages en solutions isotoniques ne produisent aucun inconvénient. Ils sont moins douloureux et agissent mieux que les lavages ordinaires.

Ceci est surtout vrai dans la blennorragie aigüe où ces solutions indolores amènent plus rapidement la guérison.

Les instillations de protargol en solutions isotoniques sont absolument indolores même à des titres assez élevés et donnent d'excellents résultats.

RETRECISSEMENTS CONGENITAUX MULTIPLES DE L'URETRE AVEC COMPLICATIONS. INTERVENTION. GUERISON

(Journal d'Urologie, février 1914).

Histoire d'un jeune malade de 16 ans qui avait eu toute sa vie de l'incontinence d'urine et qui vint consulter pour accidents de rétention. Il avait à la fois un phimosis de l'atrésie du méat et des rétrécissements multiples bien que très vraisemblablement congénitaux.



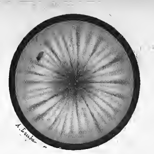


Fig. 1. — Orifice fistuleux vu à l'urétroscope.

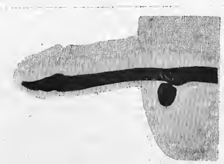


Fig. 2. Radiographie de l'urètre injecté au collargol.

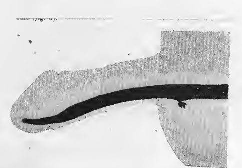


Fig. 3. — Même radiographie après extirpation de la poche.

LE DOMAINE DE L'URETROTOMIE INTERNE
(Journal des Praticiens, 7 Juin 1919).

Dans cet article nous discutons les indications de l'urétrotomie interne et envisageons les cas où la dilatation est impuissante ou nuisible "ce qui n'est pas si simple" à reconnaître qu'on le croirait" disait Reverdin. Nous envisageons les diverses éventualités et distinguons les cas où on peut faire l'urétrotomie interne, où on doit la faire et où il faut la faire.

DIVERTICULE PENO-SCROTAL DE L'URETRE
(En collaboration avec le Docteur CAILLODS
Société française d'Urologie, Nov. 1919).

Le soldat qui fait l'objet de cette observation vint nous consulter pour de l'Incontinence d'urine, consécutive à une blessure de guerre. Il avait eu une fraction du bassin avec lésions vésicales qui avaient nécessité une sonde à demeure pendant 3 mois. Dirant ce traitement, un abcès péno-scrotal se forme et fut incisé. Depuis lors, sur la cicatrice de l'abcès se constitua une sorte d'urétrocèle qui explique la fausse incontinence du malade. Il était facile de la produire expérimentalement d'ailleurs. Avec l'urétroscope nous avons pu constater l'orifice fistuleux. Grâce à une injection de collargol, nous avons pu

enfin radiographier le petit diverticule.

Nous discutons ensuite la pathogénie de notre urétrocèle qui n'est pas congénitale comme les poches urineuses figurées dans les traits classiques, ni comme celle d'Escat a pu démontrer provenir du canal de Müller. Nous rapprochons notre cas de celui de Suter et pensons qu'il est consécutif à une tumeur dermoïde d'origine congénitale mais silencieuse jusqu'au jour où son infection l'a fait communiquer avec l'urètre. Ultérieurement la constitution des parois de l'abcès a empêché leur coalescence et le diverticule s'est formé et a traduit cliniquement son existence.

Cette observation a donné lieu à des discussions auxquelles ont pris part MM. Papin, Belot, Chevassu, Marion.

ESQUILLES OSSEUSES RETIREES PAR URETROSCOPIE
(En collaboration avec le Docteur CAUDELON, Société française d'Urologie 1920).

Le malade de cette observation avait eu une fracture du bassin avec plaie de la vessie par éclat d'obus. Il présentait des urines troubles et de l'absence d'éjaculation. Les explorateurs à boules étaient tous arrêtés dans la région périnale, seule passait une filiforme ou un béniqué. Ces instruments donnaient un contact rugueux au passage mais

la radiographie ne montrait rien d'anormal.

Grâce à l'urétroscope nous vîmes une saillie soule - vant la muqueuse. Une incision pratiquée avec le petit couteau de Kollmann sous le contrôle de la vue, nous amena sur deux petites esquilles osseuses qui vinrent alors spontanément par l'urètre.

LES INCIDENTS ET LES ACCIDENTS DU CATHETERISME

(Journal des Praticiens, 1920).

Nous étudions d'abord dans cet article les incidents imputables au médecin ou à ses instruments: filiforme dans lavalvule de Guérin, brûlure par le formol des sondes, insuffisance de graissage, etc... etc... puis les Incidents imputables à des états pathologiques spéciaux atrésie du méat, spasme, rétention d'urine après le cathétérismo, etc. etc... viennent ensuite les Incidonts imputables à l'une ou à l'autre cause: instruments bouchés, incidents divers de la sonde à demoure.

Enfin nous abordons le chapitre des Accidents. En premier lieu, ceux qui sont imputables au médecin ou à ses instruments: accidents infectieux, fausses routes, accidents de la sonde à demeure .... Puis ceux qui sont imputables à des états spéciaux, nous voulons dire ceux des

distendus, des hématuriques, des calculeux, des malades enfin qui ont une rupture de l'urètre ou des infiltrations d'urine. Comme pour les Incidents, nous terminons par les Accidents imputables à l'une ou à l'autre cause et comme conclusion nous établissons le pronostic du cathétérisme.



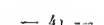


Figure n° 4

ORGANES GENITAUX

UN CAS DE KRAUROSIS VULVAE AVEC LEUCOPLASIE VULVAIRE ET EPITHELIOMA CLITORIDIEN

(En collaboration avec JACOB, Toulouse Médical, 1er juillet 1909).

Nous avons fait une revue sur cette question en partant d'un cas personnel intéressant à plusieurs points de vue (Voir Fig. N°).

D'abord par sa rareté - On ne compte que 11 observations de cancer clitoridien et même 6 seulement de primitifs - De plus, notre malade présentait en outre du krauosis vulvae et de la leucoplasie vulvaire ce qui nous a permis de trouver sur la même malade les phases successives de la marche de l'épithélioma. Arnoux a établi, en effet, les rapports entre la leucoplasie et le krauosis; Bex, Laumadour, Fileux ont montré la dégénérescence de la leucoplasie en cancer et Breisky avait fait de la dégénérescence épithéliomateuse du krauosis un des quatre caractères principaux de cette affection.

KYSTE DE L'EPIDIDYME ET MALADIE DE DARCUM

(Toulouse Médical, 1er mai 1906).

TECHNIQUE DE L'EPIDIDYMECTOMIE

(Paris médical, 21 décembre, 1918)

Nous avons eu l'occasion de pratiquer une centaine d'épididymectomies pour tuberculeuse dans notre centre urologique.

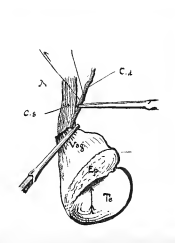
Or, jusqu'à ces temps-ci, la technique de cette intervention était décrite d'une façon souvent différente dans les divers traités de médecine opératoire et de manière souvent succinte.

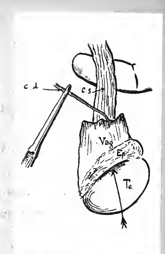
Pour ces diverses raisons nous avons publié notre façon de procéder.

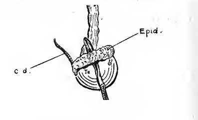
LEUCOKERATOSE DU GLAND, LEUCOPLASIE ET MALAKOPLASIE VESICALE

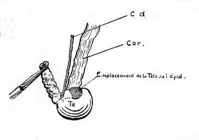
(En collaboration avec le Docteur MEYNET, Société française d'Urologie, nov. 1919).

Le malade de cette observation présentait une disposition toute particulière à l'épidermisation des muqueuses. Avant d'être examiné par nous, il avait été soigné pour incontinence, opéré de phimosis avec concrétion calcaires soupréputiales et déclaré bacillaire après cystoscopie pratiquée après des hématuries. Nous trouvâmes au


C.d
C.s
Vag
Ep
Te


C d
C s
Vag
Ep
Te


Epid.
C d.
Te


C d
Cor.
Emplacement de la Tête de l'Epid.
Te

niveau de son gland des lésions épidermiques d'hyperkératose et dermiques d'hyperacanthose que ne modifièrent pas la radiothérapie. Mais pendant ce traitement il eut de violentes hématuries que deux inoculations au cobaye nous montrèrent à deux reprises différentes ne pas devoir être de nature tuberculeuse.

Par contre, nos cystoscopies successives nous permirent, en dehors des lésions banales de cystite chronique de constater des lésions de mala-kôplasie, et surtout une plaque fort caractéristique de leucoplasie.

A B D O M E N

QUATRE VINGT CINQ PLAIES PAR COUPS DE COUTEAU
CINQ PERFORATIONS INTESTINALES -
PLAIE DE LA TRACHEE - INTERVENTION - GUERISON

(En collaboration avec CLERMONT, interne de service. Soc. Anatomo-Clinique de Toulouse, 15 nov. 1907).

C'est l'observation d'une malade qu'on m'apporte à l'hôpital, exsangue, avec un pouls filant, couverte de blessures, l'épiploon pendant sous les vêtements, la trachée ouverte. J'interviens d'urgence, résèque l'épiploon, referme cinq perforations de l'intestin, fais une soigneuse toilette du péritoine à la compresse. Les suites opératoires furent d'une bénignité remarquable.

CONTUSION DE L'ABDOMEN
PERFORATION DE L'INTESTIN GRELE

(Toulouse Médical, 15 déc. 1908).

LES BLESSURES DE LA VEINE CAVE AU COURS
DES OPERATIONS SUR LE REIN
ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

(En collaboration avec le Dr CATHELIN.

Revue pratique des Maladies des organes génito-urinaires, 1er janvier et 1er mars 1909).

Après une énumération rapide des accidents qui peuvent survenir au cours d'une néphrectomie, nous éliminons le cas de blessures des vaisseaux pédiculaires (en rappelant un cas personnel), et nous abordons les blessures de la veine cave.

Au point de vue étiologique nous reconnaissons trois variétés de blessures:

1° PAR EFFRACTION BRUTALE (tractions trop énergiques sur le pédicule, par le poids du rein tombant à l'extérieur);

2° PAR ENVAHISSEMENT DU NEOPLASME (nous rappelons l'importance du ligament surréno-cave);

3° PAR ADHERENCES INFLAMMATOIRES NON NEOPLASIQUES (pyonéphroses anciennes très grosses).

Au point de vue anatomo-pathologique, nous distinguons les blessures minimes pouvant être suivies de suture latérale; les blessures plus importantes pouvant justifier la ligature du tronc; les blessures très grandes amenant la mort immédiate ou qu'une pince conjure pour quelques heures; les blessures larges suivies de ligature double avec résection; enfin les blessures sur une veine cave thrombosée.

Puis nous étudions les raisons qui militent en faveur de la suture ou de la ligature, et nous montrons la légitimité de l'intervention possible, en la motivant:

1° PAR L'EXISTENCE DES ANASTOMOSES ENTRE LES DEUX SYSTEMES CAVES SUPERIEURS ET INFERIEURS;

2° PAR LES FAITS ANATOMO-PATHOLOGIQUES DE THROMBOSE DE LA VEINE CAVE;

3° PAR L'EXPERIMENTATION SUR LES ANIMAUX. Nous rappelons les travaux de Purpura puis les conclusions de Gosset et Lecène, et enfin nous rappelons et résumons les travaux de Picard (de Lyon) sur la ligature de la veine cave inférieure pratiquée au-dessus du foie.

Nous plaçons enfin et divisons en cinq chapitres les vingt observations parues sur la blessure de la veine cave au cours des opérations sur le rein;

I.- Les huit cas où l'on a fait la ligature: ce sont ceux de Lucke, de Billroth, de Houzel, de Hérescu de Helferich, de Delaunay, de Hartmann, de Goldemann.

II.- Les cinq cas où l'on a fait la suture: ce sont ceux de Schede, de Czerny, de Pousson et Chavannaz, de Grohé et de Rieso. (Nous laissons de côté ceux probables de Garré et de Busse que nous n'avons pu retrouver).

III.- Les cinq cas où l'on a fait la résection avec

deux ligatures. Ce sont ceux de Zoge Van Manteuffel, de Bottini Marconi, de Kay, de Giordano, de Kostev.

IV.- Le cas d'Israël où on laissa une pince à demeure;

V.- Le cas de Weir où on fit lo tamponnement.

Sur ces vingt cas, dix relèvent du cancer, sept de la pyonéphrose, deux des calculs, un d'un moignon rénal avec trajet fistuleux.

Les huit cas de la ligature donnent quatre guérisons et quatre morts.

Pour la suture nous avons cinq cas avec deux guérisons et trois morts.

Pour la résection, sur cinq cas, deux guérisons et trois morts.

Enfin deux morts dans le cas d'Israël (pince à demeure) et de Weir (tamponnement).

En bloc, sur vingt cas, huit guérisons et douze morts dont dix immédiates.

Nous rappelons alors les opinions de Houzel et de Lejars sur le traitement; puis nous concluons avec Hartmann:

Si au cours d'une néphrectomie droite, la veine cave est déchirée au-dessous de l'abouchement de la veine rénale, le plus sût est do faire une double ligature de ce vaisseau-dessus et au-dessous de la déchirure.

DILATATION AIGUE POST-OPERATOIRE DE L'ESTOMAC
APRES UNE NEPHRECTOMIE
(Soc. française d'Urologie, 1920).

Ces cas ont été cités bien rarement après des interventions de chirurgie urinaire. De plus, il est encore remarquable par la rapidité de l'évolution puisque les premiers vomissements de sang ont commencé dès le réveil post-anesthésique et que le décès s'est produit en moins de 36 heures.

MEMBRES

FRACTURE OUVERTE DE JAMBE - AMPUTATION - TETANOS

(En collaboration avec CASTETS,
interne du service,
Toulouse Médical, 1er janvier 1908).

Il s'agit d'un malade qui avait un écrasement de la jambe gauche. Les premiers soins avaient été donnés par un rebouteux et le malade présentait à son entrée à l'hôpital, dans le service du professeur Jeannel, un sphacèle étendu. Malgré les soins prodigués, la situation s'aggravait et l'amputation s'imposait. Je la pratiquai au niveau de la cuisse. Les suites parurent bonnes pendant deux jours, mais le troisième le malade se plaignait d'insomnie et de sensations d'élancement dans le moignon

Les signes du tétanos se déclaraient rapidement. Malgré le sulfate d'ésérine, le chloral et le sérum employé par voie épidurale, le malade mourrait quatre jours après l'amputation. Cette observation démontre donc que l'amputation même prophylactique ne peut préserver du tétanos.

LE RACCOURCISSEMENT DU FEMUR SAIN DANS CERTAINS CAS DE FRACTURE DE CUISSE AVEC GROS RACCOURCISSEMENT

(En collaboration avec le Docteur DUCUING, Lyon Chirurgical, sept. oct. 1916).

Nous envisageons dans cette étude la possibilité de remédier aux raccourcissements du fémur quand ils atteignent des proportions telles que les traitements habituels ne peuvent amener de résultat satisfaisant.

L'intervention porterait alors sur le fémur sain qu'elle ramènerait par résection à la longueur du fémur trop court.

I N S T R U M E N T S

BOUILLEUR RESERVOIR POUR CABINET D'UROLOGISTE

(Société de médecine et de Chirurgie Pratique, Paris, 1904).

Cet appareil permet d'avoir de suite de l'eau stérilisée à la température désirée.

Il est d'une grande simplicité de fonctionnement et s'installe n'importe où avec la plus grande facilité. Il a d'ailleurs été repris et perfectionné légèrement par le Professeur agrégé Jeanbrau qui l'a présenté à l'Association française d'Urologie de 1907.

BOITE A STERILISATION POUR URETROTOMES

(Soc. de méd. et de chir. pratique, Paris 1904).

Permet de transporter les instruments dans la poche et d'exécuter n'importe où leur stérilisation en deux minutes.

BOITE A GRAISSER POUR CATHETERS

(Soc. Anatomo-Clinique de Toulouse, 1910).

Grâce à sa disposition alvéolaire et à celle de ses

logettes cet instrument permet aux cathéters de toute forme de se tenir tout seuls dans chaque compartiment. Pendant les soins on n'emploie jamais la même logette pour deux malades successifs; la consultation finie, la boîte remplie de glycérine est reposée sur un Bunsen, on arrête la chauffe à 100, 110°. La glycérine est ainsi stérilisée et n'a pas encore dégagé ses vapeurs désagréables AVANTAGES: asepsie, lubréfication simple et parfaite par immersion. Préparation possible à l'avance des divers instruments nécessaires à l'exploration ou au traitement du malade.

APPAREIL POUR CYSTOSTOMISES

(En collaboration avec le Dr BADIN,
Journal d'Urologie, 1913).

Il s'agit d'un appareil servant à recueillir les urines chez les cystostomisés.

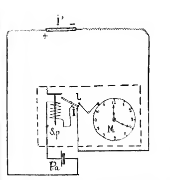
Il est composé d'un champignon analogue à celui d'une volumineuse sonde de Pezzer et placé dans la vessie - d'autre part son tube collecteur est entouré d'un collier de caoutchouc insufflable, reposant sur la paroi abdominale.

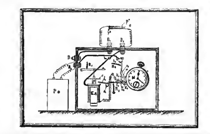
Mis en place, il représente un écrou et son boulon; le boulon c'est le champignon, l'écrou c'est le collier

que l'on serre en l'insufflant. D'où appareil facile à fixer sur des parois différentes, tenant bien, étanche et ne déterminant pas de douleur une fois en place.

APPAREIL POUR DEPISTER LA SIMULATION DANS L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

(En collaboration avec le Capitaine RICHARDOT, du 407e d'Infanterie, Paris médical, sept. 1916).





Rien de plus facile à simuler que l'Incontinence d'Urine. Rien de plus délicat à dépister et cependant la question est grosse d'importance au point de vue militaire et aussi pour le malade injustement soupçonné.

Il nous a paru que le vrai malade pissait au lit quand sa vessie était assez distendue pour provoquer le

besoin. Le simulateur, au contraire, pour s'éviter l'inutile supplice de macérer dans des draps mouillés même par ses propres oeuvres, ne devait uriner que peu de temps avant le réveil. De nombreuses expériences nous ont démontré que le véritable incontinent pisse entre la 1re et la 5e heure qui suit son coucher. En somme, le pisseur sincère est un pisseur précoce et le simulateur un pisseur tardif.

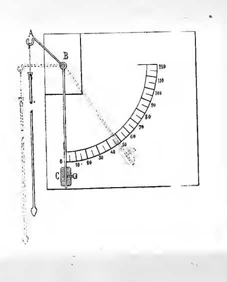
Il suffit dès lors pour se faire une opinion de savoir à quelle heure exacte s'est fait la miction et cela bien entendu à l'insu du malade.

Nous l'avons rendu possible grâce à l'appareil représenté sur les schémas ci-joints et dont la montre s'arrête instantanément au moment précis où le malade mouillant ses draps ferme le courant et déclanche tout le mécanisme. Bien entendu, tout notre appareil est hermétiquement clos dans une boîte. Actuellement il est déposé au Musée du Val de Grâce.

DYNAMOMETRE SPHINCTERIEN GRADUE

(En collaboration avec le Dr REY, Paris médical, 1917).

Cet appareil permet d'évaluer instantanément en grammes l'effort à faire pour extraire de la vessie un explo-


A
B
C
W
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
110
120

rateur à boule de Guyon n° 20.

Le chiffre donné correspond à la valeur fonctionnelle du muscle sphincter. Nous l'avions d'abord fait construire par Drapier dans le but de dépister la simulation dans l'Incontinence essentielle d'Urine où il nous a permis de décrire un signe objectif, le signe du Sphincter. Mais nous avons pu étendre son emploi et grâce à lui nous avons pu étudier la physio-pathologie du sphincter urinaire dans 129 cas. Il nous a servi aussi dans notre étude des rétentions atoniques. Des neurologistes de France et de l'étranger l'ont utilisé et l'utilisent actuellement pour leurs recherches. Son modèle est déposé au Musée militaire du Val de Grâce.

APPAREIL A AIR CHAUD POUR LE TRAITEMENT
DES BLENNORRAGIQUES

(Soc. française d'Urologie, 1920).

Cet appareil que nous avons fait construire par Drapier permet de chauffer les testicules des malades à une température qui peut atteindre de 80 à 120°.

L'évolution de la maladie est plus rapide, les douleurs sont très rapidement diminuées.

TRAVAUX
de
LABORATOIRE

QUELQUES RECHERCHES DE CRYOSCOPIE
(Bulletin Médical, juillet 1904).

Dans l'urémie les substances non éliminées par le rein doivent être retenues en deçà dans le sérum sanguin dont le   doit se trouver abaissé. Partant de ces idées de Koranyi, Kummel étudia le   du sang et L. Bernard put établir son rapport $\frac{U}{S}$ dont le quotient r est multiplié par V soit: r x V = R. Nous avons été frappé de ce que fréquemment l'urémie ne s'augmentait pas d'une augmentation du   . D'autre part nous étions frappé par les études sur le sang de Bezançon et Labbé qui démontraient qu'il est un milieu inhospitalier à toute substance étrangère, et il nous semblait rationnel d'émettre l'hypothèse que les molécules non éliminés qui ne se trouvent ni dans les urines ni dans le sang ne pouvaient se trouver que dans les tissus.

Un moyen nous a semblé offert de le vérifier par les travaux de Sabbatani qui nous permettent de pratiquer la

cryoscopie des organes et de déterminer leur point de congélation. Nous rapportons ces expériences. Puis nous décrivons notre technique, et nous notons les quelques modifications que nous avons dû pratiquer.

Quand nous avons eu déterminé le des divers organes du lapin normal nous avons provoqué à diverses reprises chez eux de l'urémie. Nous procédions par la ligature de l'uretère droit d'abord, puis huit jours après celle de l'uretère gauche et environ quarante huit heures après nous sacrifiions l'animal et procédions à la cryoscopie immédiate pour éviter l'augmentation de pression osmotique que détermine la mort.

Nous publiions ensuite nos résultats qui bien que cadrant avec notre hypothèse nous ont paru parfois trop infidèles et trop sensibles à des conditions accessoires.

RECHERCHES SUR L'ABSORPTION DES GAZ
AU NIVEAU DE L'ESTOMAC

(En collaboration avec le Dr BASSAL,
Société de biologie, décembre 1912).

L'absorption des vapeurs d'ether ou de chloforme injectées dans le rectum ayant été démontrée par les travaux de Pirogoff, Iversen, Molière, Dupont et Gautrelet, nous nous sommes demandé si la muqueuse de l'estomac pou-

vait également absorber dos gaz ou des vapeurs.

Nous avons opéré sur des lapins ou des cobayes.

L'estomao do l'animal isolé par des ligatures posées sur le cardia et le pylore est ouvert ot vidé de son oontenu et le gaz y est introduit au moyen d'une sonde à double oourant fixé par une suturo en bourso.

Le gaz do retour de l'estomac est recueilli sur la cuve à eau pour éviter des diffusions qui auraient pu fausser le résultat.

Dans ces oonditions, nous avons fait passer sous pression moyenne et pendant vingt à trente minutes dans l'estomao des animaux, du gaz d'éolairage ou de l'air chargé de vapeurs d'éther ou de chloroforme, sans observor des signes d'intoxioation ou d'anesthésie. Après l'emploi du gaz d'éclairage la recherche de l'oxyde de carbone dans le sang a été négative.

Dans uno deuxième série d'expériences, nous avons employé dans les mêmes conditions sous une pression de 1 centimètre de mercure ohez le cobaye et de 1 oentimètre 5 à 2 oentimètres chez le lapin, l'oxyde de carbone pur ou l'air chargé de vapeurs de chloroforme suivant la technique de Gautrelet.

Le courant de gaz a été maintenu pendant 15 à 30 minutes et nous n'avons observé ni signes d'intoxication ni

début d'anesthésie, alors qu'avec un mélange semblable d'air et de chloroforme, Gautrelet et Dupont ont obtenu l'anesthésie par le rectum en 5 minutes chez le lapin.

La recherche de l'oxyde de carbone dans le sang a été également négative.

En présence de ces résultats nous croyons pouvoir conclure que, dans les conditions où nous nous sommes placés, l'estomac du lapin ou du cobaye n'absorbe pas ou absorbe d'une façon inappréciable et avec une extrême lenteur l'oxyde de carbone ainsi que les vapeurs d'ether ou de chloroforme.

RECHERCHES SUR L'ABSORPTION DES GAZ PAR LA VESSIE

(Société de Biologie, 1913).

Dans une précédente note, nous avons relaté nos recherches sur l'absorption des gaz par l'estomac; nous avons continué nos expériences en opérant sur la vessie. Cet organe n'absorbe pas le liquide, comme l'ont démontré les travaux de Sigalas et Pousson et nous nous sommes demandé s'il en était de même pour les gaz et les vapeurs.

Nous avons choisi le chien comme animal d'expérience et nous avons employé le même dispositif que dans nos

expériences sur l'estomac.

Une sonde à double courant est introduite dans la vessie de l'animal par cathétérisme et reliée d'une part à l'appareil contenant le gaz et d'autre part à une éprouvette renversée sur la cuve à eau pour recueillir le gaz à sa sortie de la vessie. Un manomètre à mercure intercalé sur le tube d'évacuation permet de mesurer la pression intra-vésicale.

Nous avons employé comme précédemment de l'oxyde de carbone pur ou de l'air chargé de vapeurs de chloroforme ou d'éther.

La pression utilisée a été de 2 à 3 centimètres de mercure environ, en moyenne.

Mais la distension de la vessie était très variable Celle-ci se laissait dilater assez fortement par moments puis se contractait énergiquement expulsant avec force son contenu. Les résultats de nos expériences ont été les suivantes:

Un courant d'oxyde de carbone pur passant pendant 30 minutes dans la vessie du chien n'a provoqué aucun symptôme d'intoxication et la recherche de la carboxyhémoblobine dans le sang par le spectroscope et la réaction de Lehmann a été négative.

L'air chargé de vapeurs de chloroforme administré pen-

dant 25 minutes n'a déterminé l'apparition d'aucun symptôme appréciable; nous n'avons rien observé qui pût être considéré comme un début d'anesthésie.

Le résultat a été identique avec l'air chargé de vapeurs d'éther.

En présence de ces résultats, nous croyons pouvoir conclure, comme nous l'avons fait pour l'estomac, que, dans les conditions où nous sommes placés, la vessie saine du chien n'absorbe pas ou absorbe d'une façon inappréciable et avec une extrême lenteur l'oxyde de carbone, ainsi que les vapeurs de chloroforme ou d'éther.

D I V E R S

L'HEURE EN PATHOLOGIE URINAIRE

(Toulouse Médical, 15 juillet 1907)

Nous montrons dans cet article l'importance qu'il y a dans l'examen des malades urinaires à être méthodiques et précis à l'extrême. Nous essayons surtout de montrer que les divers symptômes cliniques varient de signification d'après le moment de la journée - l'heure - auquel ils se manifestent.

Ainsi pour:

1° LA FREQUENCE DES MICRIONS: la nuit, nous songeons d'abord à l'hypertrophie de la prostate au début tandis que si les mictions se trouvent à peu près également réparties le jour et la nuit, c'est la rétention partielle qui commence.

Si la fréquence est moins grande la nuit et recommence le jour, nous songeonn au calculeux; les faux urinaires ont surtout la fréquence après déjeuner. Nous citons quelques observations personnelles; au contraire Bazy a montré l'importance de la pollakiurie nocturne pour le diagnostic de la pyélite et de la piélonéprhite;

2° LA DOULEUR.- C'est le jour qu'elle domine pour les calculeux, elle s'apaise la nuit; il n'en est pas ainsi pour le tuberculeux, c'est souvent le contraire.

3° L'HEMATURIE - Le jour elle relève le plus souvent de la lithiase; celle de la nuit, du réveil, du repos, fait plutôt songer au cancer ou à la tuberculose. Dans l'épreuve de l'hématurie microscopique on compare les urines du jour et de la nuit.

4° LA PROLONGATION DE LA DUREE DE LA MICTION - Guyon a montré qu'elle se produit le jout ou la nuit suivant les cas

5° L'INCONTINENCE D'URINE - L'essentielle la nuit, ainsi que celle des pyélitiques et des prostatiques; le jour, au contraire, celle des rétrécis.

Nous terminons en rappelant que Bouchard a trouvé des principes différents dans les urines du jour et de la nuit. Puis nous concluons en montrant par des exemples que ce n'est pas le plus souvent l'heure par elle-même qui a une influence vraie, mais nos habitudes et notre manière normale de vivre dans le temps.

A PROPOS DE DEUX "FAUSSES URINAIRES".
(En collaboration avec le Dr SAUVAGE,
chef de clinique psychiatrique,
Progrès Médical, 10 mai 1913).

Le spécialiste ne doit pas s'enfermer dans sa spécia -

lité. Il doit posséder des connaissances médicales générales qui lui permettront de faire appel à un confrère en temps opportun et parfois, de conduire de ce chef plus rapidement et plus sûrement le malade à la guérison.

Une jeune fille de 22 ans souffre de douleurs au niveau de la vessie et de l'urètre, en même temps qu'elle présente des mictions fréquentes. L'exploration, très complète, ne révèle qu'un rein mobile. On opère. Pendant deux mois guérison. Puis, à l'occasion d'une émotion pénible, réapparition des symptômes morbides. Divers traitements sont encore essayés sans succès, électrothérapie en particulier. On songe à une affection psychique. La malade, soumise dans une maison de santé à un traitement psychothérapique s'améliore au point qu'on la considère durant plusieurs mois comme guérie. Depuis, elle a présenté des hémoptisies, on craint l'évolution d'une tuberculose pulmonaire qu'aucun des procédés d'exploration mis en oeuvre n'avait décelée.

Une femme de 33 ans présente depuis son mariage (11 ans) des douleurs uréthrales avec mictions fréquentes. Examen objectif et fonctionnel négatif. Elle a consulté un nombre considérable de médecins, appliqué quantité de traitements. L'un de nous consulté, se décide à appliquer d'emblée le traitement psychothérapique. On pratique la suggestion hypnotique, la persuasion à l'état de veille. Amélioration rapide, guérison.

La première expérience a donc permis à la seconde malade d'éviter de nouvelles pratiques thérapeutiques onéreuses, douloureuses, inefficaces. Des cas de ce genre sont plus fréquents qu'on ne pense.

Nous nous sommes demandé, à propos du second cas, si au point de vue pathogénique, il n'y avait pas lieu de songer à l'influence de la vie génitale prépubérale sur laquelle insistent certains auteurs d'outre-Rhin.

LA PYURIE ET LES PYURIQUES

(Sud Médical, 1913).

Nous posons d'abord le diagnostic de pyurie en donnant les moyens de reconnaître les urines purulentes

Nous examinons alors ce pus dans le dépôt formé au fond du vase, et nous montrons ce que l'on peut conclure de l'examen général des urines purulentes, et aussi du moment d'expulsion du pus en faisant uriner le malade dans 3 verres.

Nous basant sur un faisceau de symptômes, nous arrivons au diagnostic du siège de la lésion.

Nous cherchons alors la cause de cette lésion, donc de la pyurie, et nous rappelons combien il est important pour son malade, que le praticien connaisse bien l'existence des "cystites rénales" des tuberculeux.

Enfin nous concluons que le diagnostic parfait ne peut être fait que par le spécialiste, grâce à son instrumentation moderne, et avec l'aide des laboratoires de physique, de chimie et de bactériologie.

PETITE CHIRURGIE URINAIRE
(Collection des actualités médicales chez Baillière et Fils).

Dans ce petit livre qu'il nous paraît bien difficile de résumer, nous avons eu surtout en vue d'écrire un manuel pratique pour le médecin et l'étudiant. Puis, tour à tour, nous avons étudié la conduite à tenir devant l'uretrite, la rétention d'urine aigüe, les rétrécissements, les rétentions chroniques des prostatiques, les pyuriques.

Pour chaque cas, nous indiquons ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire, ce qu'on peut faire, ce qu'on doit faire.

Nous terminons par un chapitre sur les instruments, pour guider le choix du médecin et sur la meilleure façon de désinfecter chacun d'eux.

UROLOGIE ET PSYCHOTHERAPIE
(En collaboration avec le Dr SAUVAGE, Progrès médical, 23 février 1918).

De cette étude, basée sur des observations personnel-

les nous tirons des conclusions sur la pathologie encore obscure des névroses urinaires. Nous notons que comme teut complexus hystéroïde, elles semblent pouvoir être la première manifestation d'une tuberculose latente. D'autre part, il y a lieu d'incriminer parfois dans le mécanisme psycologique qui préside à leur éclosion, des préoccupations de la vie sexuelle prépubérale.

INTERVENTIONS DIVERSES DANS LES LITHIASES URINAIRES
(Progrès médical, 1er juin 1918).

La guerre a provoqué l'éclosion très fréquente des manifestations de la lithiase urinaire. J'ai eu l'occasion d'en observer dans mon Centre au niveau de tous les segments de l'arbre urinaire et de pouvoir les opérer par la plupart des divers procédés chirurgicaux actuellement employés.

Plusieurs des observations présentent un intérêt particulier; les unes par le volume du calcul (un de ces rochers est déposé au musée du Val de Grâce), les autres par la multiplicité des pierres, telle autre par la migration originale du calcul à travers la substance rénale et périrénale ..... Chez telle autre, c'est le procédé d'extraction qui a fait l'intérêt, par exemple l'ablation de petits calculs par des manoeuvres de la sonde uretérale ...

Réunissant alors dans un seul article ces diverses ob-

servations, j'ai pu, en me basant sur des faits personnels, discuter les multiples procédés d'opérations dans la lithiase urinaire dont le choix basé sur les indications cliniques, la radiographie, les explorations diverses, notamment l'endoscopie, le cathétérisme uretéral, la pyélographie m'a permis d'opérer tous ces malades sans un décès.

PALUDISME ET INFECTION URINAIRE

(En collaboration avec le Dr PIOLLENC, Progrès médical, 7 décembre 1918).

Nous avons eu occasion d'observer des malades soignés pour paludisme dans des hôpitaux spéciaux et dont les accès fébriles étaient dus à des accidents urinaires. Nous avons guéri de ces faux paludéens par des incisions d'abcès urineux, des urétrotomies internes.... Ces faits nous ont amené à attirer une fois de plus l'attention des médecins sur l'analogie clinique des accès de fièvre palustre et de fièvre urineuse et nous avons insisté sur l'intérêt qu'il y avait à ne pas oublier d'examiner les paludéens au point de vue urologique.

SEMEIOLOGIE DES HEMATURIES ET LEUR TRAITEMENT

(Journal des Praticiens, 30 août 1919).

Nous énumérons rapidement les phénomènes que l'on

pourrait confondre avec l'hématurie et donnons les moyens de les différencier. Nous insistons sur ce fait que si l'hématurie est assez rarement grave par elle-même, elle a le pronostic de son étiologie qu'il importe absolument d'élucider puisque avec Malherbe et Legueu nous devons admettre qu'il n'y a pas d'hématurie essentielle.

Pour cela nous commençons par le diagnostic de localisation, géographique dirions-nous. Quand nous avons établi le siège, nous abordons alors le diagnostic pathogénique pour lequel nous rappelons toutes les ressources qu'a à sa disposition l'urologie moderne.

Bien qu'ayant insisté sur l'importance qu'il y a de traiter l'hématurie dans sa cause, nous indiquons aussi les moyens que nous avons de nous attaquer au symptôme et indiquons leurs circonstances où il y a lieu de le faire.

EXAMEN D'UN MALADE URINAIRE

(Journal des Praticiens, 27 septembre 1919).

Nous exposons le plan d'examen que nous avons pris l'habitude de suivre.

D'abord le pourquoi de la consultation, puis nous étudions l'état actuel:

D'ABORD LES MICTIONS.

a)- <u>Fréquence.</u>	Combien de fois la nuit?	
	Combien de fois le jour?	
	Influence qui modifie ces fréquences	repos, mouvement.
b)- <u>Emission</u>	Impossible - rétention	
	Difficile	efforts? / positions recherchées
	Impérieuse: incontinence.	
	Diminution de portée du jet	
	Arrêt du jet	
	Emission continuant après la miction (le malade mouille son pantalon)	
	Incontinence	fausse / d'urine / nocturne
c)- <u>Douleurs.</u>	En dehors des mictions	spontanées (secousses / provoquées (mouvements
	Pendant la miction.	initiales / terminales / tout le temps de la miction
	Siège	au rein à la vessie, derrière le pubis, irradiations - au périmée le long de l'urètro, - sous le gland.

		sans filaments avec filaments.
		le trouble survenant au repos.
		ou dès l'émission (initial / terminal / total
d)- <u>Urines émises</u>	Il y a du sang	au début à la fin tout le temps de façon égale ou avec prédominance d'intensité au commencement ou à la fin - abondance - coloration - alternance d'émissions sanglantes et d'urines claires le même jour.
	Il y a du sable, des graviers.	simple enduit brique teintant le vase ou dépôts blanchâtres ou parfois calculs véritables

Puis après avoir appris si le malade a ou non une uretrite, nous abordons l'histoire de la maladie, après les antécédents et enfin nous décrivons les

<u>Investigations cliniques.</u>

Examen des urines - Divers palpers des reins - Recherche des points douloureux - Examen des organes génitaux - Toucher rectal.

Ensuite viennent:

<u>Recherches instrumentales.</u>

Calibrage de l'urètre, évaluation en grammes du résidu vésical, quantité en grammes de la capacité vésicale.

Enfin les

Recherches spéciales.

où nous décrivons l'exploration métallique, la mensuration prostatique, la radiographie, les examens de Laboratoire...

Ce n'est pas tout! Viennent en effet, les

Méthodes Endoscopiques

de l'urètre et de la vessie,

puis enfin, les

Explorations des Fonctions rénales.

globales ou séparées que nous exposons en dernier lieu.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'INCONTINENCE ESSENTIELLE NOCTURNE D'URINE

(En collaboration avec les Drs SCHWAB et RATON Paris médical, oct. 1917).

L'incontinence d'urine a été appelée le fléau des centres urologiques. Incompatible avec le service armé, on n'osait bien souvent pas lui appliquer la réforme de peut d'éliminer de l'armée des simulateurs et de prove -

quer l'apparition d'épidémies d'incontinence. La meilleure façon de contribuer à la solution de la question nous a paru de rechercher des signes objectifs à cette maladie dite essentielle.

Voici le résumé de nos recherches:

1° FONCTIONNEMENT DES ORGANES DE PRODUCTION DE L'URINE.

Par la constante d'Ambard, les éliminations provoquées, chlorurées, colorées, nous avons observé de petits signes, mais inconstants.

2° COMPOSITION DES URINES PRODUITES.

Résultats analogues - Mais les urines de la nuit présentent une tendance à l'abaissement de l'acidité. On note la réaction amphotère et même l'alcalinité. L'acidification de ces urines déterminée par ingestion d'acide borique et d'acide phosphorique tend à s'atténuer et dans les formes d'incontinence intermittente cette tendance à l'alcalinité se produit seulement dans les nuits où le malade a des émissions involontaires. Les phosphates tendent à s'abaisser de façon parallèle à l'acidité.

3° FONCTIONS DES RESERVOIRS.-

Le muscle vésical étudié avec un manomètre à eau montre une déficience considérable puisqu'on le voit tomber parfois

au 1/7 de la valeur d'un muscle sain. De plus, il y a souvent dissociation de la sensibilité et de la contractibilité.

Mon dynamomètre sphinctérien enregistreur montre une déficience du sphincter vésical qui atteint souvent plus de 50 %.

4° L'ETAT NERVEUX.

Son examen démontre qu'il s'agit souvent de dégénérés.

Il résulte de cette étude que l'Incontinence essentielle ne doit plus être désormais considérée comme un symptôme mais constituer un élément d'une entité morbide, tout au moins d'un syndrôme clinique tout à fait spécial, dont une recherche méthodique faite dans le sens que nous indiquons permet de déceler les divers signes objectifs qui le constituent.

Cette affection est une débilité urinaire avec débilité mentale qui, sur ce terrain, déclanche l'Incontinence. Cela nous explique la production de l'accident, son caractère plus rebelle, et ses récidives plus fréquentes en état de guerre.

COMMUNICATIONS DIVERSES AUX REUNIONS
DES CHEFS DE CENTRES D'UROLOGIE AU VAL DE GRACE

Paris, Décembre 1916, Mai 1917,
oct. 1917, oct. 1918.

COMMUNICATIONS DIVERSES A LA REUNION
DES MEDECINS DE LA 17e REGION

(Insérées dans les Bulletins de 1916 à 1919).

LES GRANDS PRINCIPES UROLOGIQUES

(Journal des Praticiens, 1920).

Nous formulons sous forme de commandement les grands principes de l'urologie. Cet article est donc un résumé des notions primordiales de l'urologie et ne peut, comme tel, être résumé à son tour.

- TABLE DES MATIERES -